



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

Renata Regis da Silva

A Conduta Clínica de Enfermagem no Pré-operatório de Cirurgia
Cardíaca: Contribuições para a profilaxia de problemas de
Enfermagem pós-operatórios

Rio de janeiro

2009

RENATA REGIS DA SILVA

**A Conduta Clínica de Enfermagem no Pré-operatório de Cirurgia
Cardíaca: Contribuições para a profilaxia de problemas de
Enfermagem pós-operatórios**

**Relatório Final de Pesquisa para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem pela
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Carlos Santiago

Rio de Janeiro

2009

Silva, Renata Regis da.

S586 A Conduta clínica de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca : contribuições para a profilaxia de problemas de Enfermagem pós-operatórios / Renata Regis da Silva, 2009.
104 f.

Orientador: Luiz Carlos Santiago.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem Cirúrgica. 2. Enfermagem pré-operatória. 3. Cirurgia cardíaca. I. Santiago, Luiz Carlos. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas. Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73677

RENATA REGIS DA SILVA

**A Conduta Clínica de Enfermagem no Pré-operatório de Cirurgia
Cardíaca: Contribuições para a profilaxia de problemas de
Enfermagem pós-operatórios**

**Defesa de Dissertação do
Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**

Aprovado por:

Banca Examinadora

**Prof.: Dr. Luiz Carlos Santiago
Orientador**

**Prof (a): Dra Silvia Teresa Carvalho de Araújo
1º Examinador**

**Prof (a): Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva
2º Examinador**

**Prof (a): Dra Deyse Conceição Santoro Batista
1º Suplente**

**Prof (a): Dra Almerinda Moreira
2º Suplente**

Muitos são os agradecimentos.

Agradeço a Deus.

Agradeço esta força tão fortemente presente em minha vida, que me envolve, me protege e me conduz pelo caminho da verdade.

Agradeço a meus pais, pessoas maravilhosas que me inspiram e que me deram o direito à vida.

Agradeço a minha querida irmã.

Agradeço a meu esposo pela paciência, pelo companheirismo e pelo respeito por meus ideais.

Agradeço aos amigos que me deram força para que não desistisse nos momentos de maiores dificuldades.

Agradeço a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto por ter me acolhido e ter me dado a oportunidade de concretizar este sonho.

Agradeço a todos os professores que me auxiliaram no desenvolvimento desta dissertação: Dr^a Kaneji Shiratori, a Dr. Roberto Carlos e a Dr^a Teresa Tonini; À meu orientador Luiz Carlos pela paciência com que conduziu as intempéries do estudo e as minhas dificuldades pessoais. À Dr^a Enirtes Prates; minha especial admiração pela dedicação com que conduz seu trabalho e me auxiliou no fim desta trajetória.

Agradeço aos profissionais de enfermagem que exercem sua profissão com dignidade e que me inspiram o respeito e a admiração por esta prática tão rica e engrandecedora.



Resumo

Este estudo foi motivado por nossas experiências empíricas ao cuidar de clientes submetidos à cirurgia cardíaca no ano de 2005 em duas instituições referência para o tratamento de afecções cardiológicas, aonde nos deparamos com diferentes respostas dos clientes no pós-operatório. Esse fato nos conduziu à seguinte questão: de que forma as Orientações de Enfermagem Pré-operatórias poderiam melhorar o prognóstico de enfermagem dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca?. Sendo assim, o objeto demarcado neste estudo foi: a efetividade da Orientação de Enfermagem pré-operatória para o Autocuidado de clientes submetidos à cirurgia cardíaca. No intuito de responder às nossas inquietações, determinamos enquanto objetivos deste estudo: verificar nos prontuários dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca os registros de enfermagem concernentes à prescrição de cuidados pré-operatórios e descrever a relação entre o cuidado de enfermagem pré-operatório prescrito e o Autocuidado manifestado pelos clientes submetidos à cirurgia cardíaca. Atendendo as exigências da Resolução 196/96 e em consonância com o Parecer do Comitê de ética em Pesquisa institucionalizado: Of. CEP-INCL- 0180/2007, a busca manual documental foi realizada de 04 de abril a 29 de julho de 2008, sendo selecionados 34 prontuários pertencentes a clientes submetidos à cirurgia cardíaca. O método utilizado foi à pesquisa observacional, descritiva, do tipo Série de casos e o tratamento dos dados foi feito quantitativamente. Para a análise das informações obtidas dos registros de enfermagem pré e pós-operatórios, utilizamos à análise frequencial, a comparação e o cálculo da média. Os indicadores do Autocuidado apontaram até o quinto dia de pós-operatório: o despertar dos clientes orientados foi mais tranquilo do que nos clientes não orientados e a comunicação com a equipe de enfermagem foi mais evidente no grupo de clientes orientados. Não conseguimos analisar o sono e repouso dos clientes devido à carência de registro sobre esse elemento, e mediante os registros, pudemos inferir que a Orientação de Enfermagem Pré-Operatória não determinou diferença no tempo de permanência na UTCIC nem no tempo total de hospitalização desses clientes.

Palavras-chave: enfermagem pré-operatória, autocuidado, cirurgia cardíaca.

Abstract

This study was motivated by our empirical experiments while we took care of clients submitted to cardiac surgery in 2005 at two institutions which are reference to the treatment of cardiologic problems where we came across different responses from the clients at the post-operative period. And this fact led us to the following question: In which way could the pre-operative nursing orientations improve the nursing prognosis of the clients submitted to cardiac surgery? Thus the object in this study was: The effectiveness of pre-operative nursing orientation to the self-care of clients submitted to cardiac surgery. In order to answer our inquiet, we determined as goals of this study: Verify at the promptuary of the patients submitted to cardiac surgery the nursing registers referred to the prescription of pre-operative care and describe the relation between the Pre-operative Nursing Care prescribed and the Self-Care manifested by the clients submitted to cardiac surgery. Attending to requirements of Resolution 196/96 and in consonance with Research Ethic Committee: Of. CEP-INCL- 0180/2007, the manual search of documents was carried out from April 04th to July 29th, 2008. Thirty-four promptuary belonged to clients submitted to cardiac surgery were selected. The method used was Observational Research, descriptive of the Case series type and the data received quantity treatment. To the analysis of the information obtained from the pre and post-operative nursing registers we used frequencial analysis, the mean comparison and calculation. The Self-care indicators showed until the fifth day of the post-operative period: the awakening of the oriented patients was quieter than of the clients who were not oriented and the communication with the Nursing team was more evident in the oriented clients group. We could not analyse the sleep and rest of the clients due to scarcity of register about this element and through the registers we could infer that the pre-operative nursing orientation did not determine difference neither on the time of permanence at the UTCIC nor at the total time of hospitalization of these clients.

Key words: pre-operative nursing, self-care, cardiac surgery.

Sumário

I. INTRODUÇÃO

I.1 Considerações iniciais	09
I.2 Contextualizando o problema	10
I.3 O Objeto de estudo	15
I.4 Os Objetivos	15
I.5 A Justificativa e a Relevância	15

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

II.1 Prevenindo complicações: A Conduta Clínica de Enfermagem frente aos Problemas de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca	17
II.2 O Autocuidado como preservação da vida	25
II.3 Cuidar-Educar: o papel das Orientações de Enfermagem Pré-operatórias.....	30
II.4 A Orientação Pré-operatória no cenário de pesquisa.....	34

III. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

III.1 Delineamento do estudo.....	40
III.2 Demarcação do território investigado e seus participantes.....	44
III.3 Coleta de dados.....	48
III.4 Análise e interpretação dos dados	52

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

IV.1 Características dos clientes.....	53
IV.2 A Conduta Clínica do enfermeiro em pré-operatório de cirurgia cardíaca: o que mostram os registros da equipe de enfermagem.....	59
IV.4 Orientações de Enfermagem no pré-operatório e o Autocuidado do cliente em pós-operatório de cirurgia cardíaca	68

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. ANEXOS

VIII. APÊNDICES

I. INTRODUÇÃO

I.1 Considerações Iniciais

A escolha pela temática desta pesquisa está marcada por nossas experiências profissionais no cotidiano de cuidar de clientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca e emerge de momentos de profundas inquietações e reflexões acerca da importância da inserção do enfermeiro em todos os períodos que compreendem a intervenção cirúrgica, e não apenas no pós-operatório.

Embora acreditemos que o período pós-operatório dependa fundamentalmente dos outros dois que o precede, o período pré e o trans-operatório, serão abordadas neste estudo as Orientações Pré-operatórias de Enfermagem enquanto uma atividade integrante de uma das etapas da Conduta Clínica do enfermeiro na profilaxia de problemas de enfermagem apresentados por clientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Pensando na fase pré-operatória, reportamos a uma das práticas mais importantes no exercício do cuidado: a orientação para a auto-suficiência de nossos clientes. Elemento integrante das inúmeras atribuições do profissional enfermeiro torna-se importante destacar que as Orientações de Enfermagem pré-operatórias são sabidamente relevantes para a assistência no pós-operatório, não apenas por constituírem parte integrante da assistência de enfermagem e favorecer a detecção precoce de fatores de risco para possíveis complicações pós-operatórias, mas para permitir uma participação mais ativa de nossos clientes no exercício do Autocuidado.

Nossa experiência com clientes submetidos à cirurgia cardíaca teve início no ano de 2005, quando cursávamos o segundo ano de pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica nos moldes de residência em um hospital militar; referência para realização de cirurgia cardíaca. Atuando como enfermeira assistente na Unidade Coronariana desse hospital, pudemos observar como o cuidado era prestado ao cliente nas fases pré e pós-operatórias de cirurgia cardíaca.

1.2 Contextualizando o problema

Na Instituição em que atuávamos, havia uma enfermeira pertencente à equipe de cirurgia cardíaca que visitava os clientes internados nas enfermarias dias antes da cirurgia, por vezes acompanhada do cirurgião e do anestesista, prestando os devidos esclarecimentos acerca do procedimento cirúrgico, do ambiente em que o cliente permaneceria no pós-operatório e de suas condições após a cirurgia.

Embora existisse a nítida preocupação dessa enfermeira em realizar algumas orientações pré-operatórias, o conteúdo dessas orientações não era registrado e apenas algumas informações consideradas relevantes durante a visita eram relatadas no prontuário do cliente, como exames pré-operatórios, existência de alergias e realização de cirurgias anteriores.

Essa enfermeira desempenhava também a função de Perfusionista^Y nesse hospital, razão pela qual, juntamente com a equipe cirúrgica, encaminhava o cliente em pós-operatório imediato à unidade coronariana, momento no qual as informações

^Y Profissional capacitado para manipular o equipamento de circulação extracorpórea utilizado em cirurgia cardíaca, iniciar, dar continuidade e finalizar todo o processo de circulação extracorpórea, bem como identificar alterações no processo e intervir sempre que necessário.

pertinentes referentes às fases pré e trans-operatória eram repassadas à enfermeira da unidade coronariana.

Por estar incumbida de tantas atribuições, essas enfermeira da equipe de cirurgia cardíaca nem sempre conseguia acompanhar o cliente em todas as fases desse processo, razão pela qual as Orientações Pré-operatórias de Enfermagem possivelmente não constavam como rotina nesse hospital.

Nesse mesmo ano, atuávamos também como enfermeiros plantonistas em uma unidade coronariana de um hospital civil federal de grande porte localizado no município do Rio de Janeiro.

Nessa unidade, tínhamos como rotina receber clientes portadores de afecções cardiológicas crônicas ou agudas em pré-operatório e em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Não sendo rotina nessa unidade a realização de cirurgias cardíacas de emergência.

Não dispúnhamos na unidade de uma rotina de enfermagem que identificasse esse cliente em pré-operatório ou mesmo um enfermeiro que estabelecesse esse elo entre o período pré, trans e pós-operatório, fazendo com que o conheçêssemos somente quando o recebíamos no pós-operatório imediato, já na unidade coronariana. A única atividade de orientação dessa unidade referia-se a um encontro realizado semanalmente que contava com a presença de uma psicóloga, uma enfermeira e uma médica e que tinha como objetivo orientar as famílias dos clientes internados acerca do tratamento dispensado a seus entes, bem como esclarecer possíveis dúvidas advindas desse tratamento.

Os clientes que seriam submetidos à cirurgia contavam com a presença esporádica de um cirurgião ou de um anestesista poucos dias antes da cirurgia

prestando informações técnicas sobre o procedimento cirúrgico. Essa visita informal e rápida muitas vezes não conseguia suprir os anseios desse cliente que buscava em colegas internados ou em outros profissionais de saúde o esclarecimento de suas dúvidas, extraíndo, desses indivíduos muitas vezes, concepções errôneas sobre o procedimento cirúrgico e o prognóstico pós-operatório.

Inevitavelmente comparávamos as estratégias de abordagem junto ao cliente da Instituição Militar, que dispunha de alguma atividade de orientação sendo realizada, com a abordagem utilizada no hospital civil, onde exercíamos a função de plantonistas.

Podíamos perceber, ainda, que havia um déficit de informações apresentado pelos clientes internados na Instituição Civil quando comparado aos clientes pertencentes à Instituição militar. Isso nos fez refletir e questionar se algumas das complicações observadas no pós-operatório de cirurgia cardíaca na Instituição Civil eram originárias da falta de orientação desses clientes.

Diante das diferentes respostas dos clientes no pós-operatório, fomos conduzidos à seguinte **questão**: *de que forma as Orientações de Enfermagem Pré-operatórias podiam melhorar o prognóstico de enfermagem dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca?*

Podíamos observar no hospital militar, onde algumas orientações eram implementadas na fase pré-operatória, que, após a retirada do tubo oro-traqueal[∞] no pós-operatório, o cliente se apresentava mais integrado à equipe e participava mais ativamente da terapêutica, sentindo-se capaz de intervir junto à equipe na redução da dor ou desconforto, solicitando até mesmo analgésicos quando achava necessário.

[∞] Dispositivo tubular e flexível introduzido na orofaringe com a finalidade de permitir a passagem de ar do meio extra para o intrapulmonar.

Em nossas observações, verificávamos que os clientes que, no pós-operatório, sofriam menos de dores, desconforto e incômodos* provocados pelas incisões cirúrgicas (esternotomia e toracotomia), eram aqueles que, no pré-operatório, haviam recebido alguma orientação acerca da cirurgia cardíaca.

Na Instituição Civil, diferentemente da Instituição Militar, podíamos perceber uma participação passiva dos clientes nos cuidados. O cliente freqüentemente mantinha-se estático às intervenções da equipe multidisciplinar e, muitas vezes, sofria em silêncio por achar que todo sofrimento era normal após toda grande cirurgia, o que, embora seja comum, mas não deva ser banalizado pelo simples fato de já ser esperado nesse tipo de cirurgia.

O medo de romper as suturas cirúrgicas impedia os clientes de tossirem, o que sabemos ser importantíssimo para a mobilização de secreções traqueobrônquicas; de melhor posicionarem-se no leito e de mobilizarem os membros superiores e inferiores, requerendo auxílio da equipe de enfermagem para a realização das atividades mais elementares de Autocuidado; como se alimentar, pentear-se ou realizar higiene oral. Essas atividades que já poderiam ser realizadas pelo próprio cliente no pós-operatório mediato (após as vinte e quatro horas) sob a supervisão da equipe de enfermagem.

O prolongamento na progressão do Autocuidado do cliente é considerado por nós, enfermeiros, um fator que concorre para o maior tempo de internação associado aos demais riscos relacionados a esta internação prolongada, como, por exemplo, a infecção hospitalar.

* Considero Incômodo um desagradado localizado em uma determinada área do corpo que pode ser facilmente sanado com medidas simples e desconforto uma condição de mal-estar generalizado que pode perdurar por várias horas.

Com base em nossa experiência profissional, pressupomos que a implementação das Orientações de Enfermagem Pré-operatórias, enquanto rotinas, contribuiria muito para reduzir alguns problemas de enfermagem pós-operatórios que, por vezes, têm sua base no medo do desconhecido e na ansiedade ocasionada possivelmente pela falta de orientação. Portanto, compreendemos como problema que sustenta nossas reflexões e nosso objeto de estudo que a ausência de uma Conduta Clínica pré-operatória por parte do enfermeiro pode resultar em prejuízos pós-operatórios para o cliente submetido à cirurgia cardíaca.

Acreditamos que o cliente bem informado participa mais efetivamente de seu processo de restabelecimento e torna-se independente mais rapidamente dos cuidados de enfermagem, melhorando conseqüentemente seu prognóstico e reduzindo o tempo de internação hospitalar.

Devido à escassez já conhecida de profissionais de enfermagem para a demanda de cuidado apresentada pelo sistema de saúde de nosso país a autonomia apresentada pelos clientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca seria uma forma inteligente de minimizar os efeitos do déficit de mão de obra de profissionais de enfermagem, bem como dos demais recursos humanos e materiais disponíveis na assistência hospitalar; Já que a maior independência dos clientes concorreria para um menor tempo de hospitalização.

A Orientação de Enfermagem Pré-operatória direcionada para o Autocuidado dos indivíduos a serem submetidos à cirurgia cardíaca se tornaria uma estratégia de atenção primária a nível assistencial hospitalar.

I.3 O Objeto de estudo

Com base nas nossas vivências e considerações expostas, procuramos associar os elementos que de alguma forma poderiam contribuir para um melhor prognóstico pós-operatório dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Sendo assim, o objeto demarcado neste estudo é: *a efetividade da Orientação de Enfermagem pré-operatória para o Autocuidado de clientes submetidos à cirurgia cardíaca.*

I.4 Os Objetivos

Na tentativa de analisarmos as relações entre as Orientações de Enfermagem pré-operatórias e o Autocuidado manifestado pelo cliente no pós-operatório, delimitamos os dois objetivos seguintes:

1. Verificar nos prontuários dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca os registros de enfermagem concernentes à prescrição de cuidados pré-operatórios;
2. Descrever a relação entre o Cuidado de Enfermagem pré-operatório prescrito e o Autocuidado manifestado pelos clientes submetidos à cirurgia cardíaca.

I.5 A justificativa e a Relevância do estudo

Este estudo foi elaborado enquanto exigência de cumprimento de um dos requisitos fundamentais do Programa de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / UNIRIO, que é a produção de conhecimento e

defesa de um achado de pesquisa nos moldes de dissertação. Esta pesquisa está vinculada ao núcleo de Pesquisa do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, teve início no ano de 2007 e pertence à linha de pesquisa: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar.

Este estudo torna-se relevante à medida que nos convida a reflexão acerca do caminho que a enfermagem atual vem trilhando quando supervaloriza as técnicas e as novas tecnologias dadas em detrimento de uma Conduta Clínica fortalecida por elementos teóricos que edificam nossa prática assistencial; introduz a concepção acerca das Orientações de Enfermagem pré-operatórias, enquanto uma atividade constituinte de uma das etapas da Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória, e sua repercussão para clientes submetidos à cirurgia cardíaca e nos possibilita difundir esses achados através de publicações científicas nacionais e internacionais.

Este estudo nos remete a estreita relação entre Educação e Saúde, numa simbiose entre Orientação e Conduta Clínica, de forma a permitir através do Autocuidado o exercício de direitos fundamentais do ser humano, que são o da autonomia e da dignidade. Mas, sobretudo, nos conduz a reflexão acerca da importância em analisarmos a real repercussão das atividades implementadas na prática assistencial para o cliente a ela submetido. Sendo assim, este estudo busca descrever as possíveis implicações das Orientações de Enfermagem pré-operatórias para o Autocuidado manifestado pelos clientes que serão submetidos à cirurgia cardíaca e, conseqüentemente, sua contribuição para redução de alguns problemas de enfermagem pós-operatórios.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

II.1 Prevenindo complicações: A Conduta Clínica de Enfermagem frente aos Problemas de enfermagem no pós-operatório de Cirurgia cardíaca.

Desde os primórdios, a cirurgia cardíaca é encarada como uma das cirurgias mais complexas, portanto seus riscos são igualmente maiores. Para Andrade e Soares (2001), é fundamental que a enfermeira seja bastante capacitada tecnicamente para poder identificar imediatamente qualquer alteração do quadro clínico, como, também tenha equilíbrio emocional para atender às necessidades do paciente, entendendo sua comunicação verbal e não verbal.

Segundo Oliveira (2002), a primeira cirurgia do Brasil foi realizada na Santa Casa de misericórdia, em São Paulo, em um menino de sete anos de idade. Desde então a enfermagem vem atuando na recepção do cliente, no auxílio ao procedimento cirúrgico e no cuidado após a cirurgia. Através da reflexão, observação e cuidado a esses clientes, a enfermagem vem tecendo seu conhecimento acerca do fenômeno cirurgia cardíaca para o cliente a ela submetido.

Vale ressaltar o relato de uma enfermeira que, em 1956, prestava cuidados diretos às crianças no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca no Estado de Pernambuco: “nós comprovamos estatisticamente que os pacientes que eram preparados no pré-operatório respondiam com uma alteração de comportamento mais leve, principalmente em cirurgias infantis” (OLIVEIRA, 2002, p. 256).

Embora o relato acima demonstre a influência do preparo pré-operatório no comportamento do cliente, em especial da criança, no pós-operatório, devemos

reconhecer que inúmeros fatores contribuem para o restabelecimento do cliente submetido à cirurgia cardíaca. Além da influencia do comportamento do cliente nesse período, fatores inerentes ao próprio procedimento cirúrgico, podem predizer algumas complicações no pós-operatório. A exemplo disso destacamos a anestesia e principalmente a Circulação extracorpórea (CEC)^ð.

A CEC produz significativas alterações no equilíbrio fisiológico do organismo, constituindo-se num agente agressor complexo e multifatorial. Durante este procedimento podem ocorrer a sobrecarga hídrica, a hipovolemia e os distúrbios eletrolíticos. Além de seqüestrar leucócitos da circulação, a CEC inibe significativamente a propriedade de fagocitose de germes invasores do organismo (GALDEANO, et al, 2003, p. 203).

Segundo Picolli e Galvão (2005), os efeitos da CEC podem variar dos menos aos mais esperados como aumento do peso corporal devido ao grande volume de líquido durante a CEC e a hipóxia cerebral, e os mais graves e menos desejáveis, como os processos inflamatórios sistêmicos resultantes da reação de contato com os dispositivos artificiais do circuito.

Diante da possibilidade de complicações decorrentes do próprio procedimento cirúrgico, temos acrescidas as diferentes respostas individuais a essa experiência. De forma que o enfermeiro, através de ações articuladas e direcionadas, propicie ao cliente

^ð Procedimento realizado na maioria das cirurgias cardíacas em que a máquina realiza um desvio cardiopulmonar total, isto é, desvia o sangue das veias cavas para um reservatório e o reinfunde após a oxigenação artificial de volta a aorta, substituindo, temporariamente, as funções de bombeamento do coração e ventilação dos pulmões (GALDEANO, et al, 2003, p.200).

submetido à cirurgia cardíaca uma participação mais efetiva junto à equipe na identificação de problemas de enfermagem e intervindo junto a ela quando necessário.

Por acreditar no potencial de atuação do enfermeiro na redução de problemas de enfermagem pós-operatórios é que neste capítulo é discutida nossa concepção sobre a Conduta Clínica de Enfermagem e de que forma ela pode contribuir na promoção do Autocuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Ainda hoje, não dispomos em literatura científica uma definição do que seria a Conduta Clínica do enfermeiro. O que ocorre são discussões isoladas em âmbito acadêmico na tentativa de conceituar esse termo e citações tímidas na literatura científica acerca da atitude do enfermeiro na prática clínica. Talvez, em virtude disso, a temática ainda não faça parte do grande grupo de questões discutidas nos ambientes assistenciais.

Para nós a Conduta Clínica do Enfermeiro é entendida como um conjunto articulado de saberes e de ações que despontam para uma ação final no intuito de atender uma necessidade apresentada pelo cliente e identificada pelo enfermeiro durante a prática assistencial, norteada pelo pensamento crítico. Sendo assim, entendemos a Conduta Clínica do Enfermeiro como a ação de implementação de todas as fases conhecidas do Processo de Enfermagem. *Para que uma Conduta Clínica seja efetiva, torna-se necessário que todas as etapas do Processo de Enfermagem sejam executadas.* De modo que, se alguma etapa deste processo não seja efetuada teremos uma Conduta Clínica de Enfermagem fragmentada e, conseqüentemente, o alcance de seus objetivos não será plenamente alcançado.

Embora defendamos a articulação e implementação de todas as etapas do Processo de Enfermagem para efetivação da Conduta Clínica de Enfermagem neste

estudo, utilizamos apenas duas etapas da Conduta Clínica na discussão das contribuições das Orientações de Enfermagem pré-operatórias para o cliente submetido à cirurgia cardíaca no que se refere ao Autocuidado manifestado no pós-operatório. A escolha por essas etapas para a avaliação do impacto da atividade de Orientação de Enfermagem pré-operatória deveu-se em especial pela exigüidade de tempo e documental necessário para a avaliação das particularidades de todas as etapas constituintes da Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória.

Sendo assim, neste estudo utilizamos enquanto fonte de dados que sustentaram nossa discussão acerca da efetividade das Orientações de Enfermagem pré-operatória encontrada nos registros de enfermagem, duas etapas da Conduta Clínica do enfermeiro, sendo elas: a Prescrição de Enfermagem ou Plano de Cuidados de Enfermagem e a Evolução de Enfermagem.

Quanto ao Processo de Enfermagem, muito se discute sobre sua fundamentação e utilização. No entanto, nos deteremos a fundamentar nosso entendimento acerca da Conduta Clínica do enfermeiro, pautados na conceituação de Horta (1979) acerca do Processo de Enfermagem.

Para a autora, no Processo de Enfermagem se distinguem seis etapas ou passos, inter-relacionados tanto com relação aos procedimentos a serem executados, quanto ao sujeito para o qual se desenvolve o processo de enfermagem, quais sejam: o indivíduo, a família e a comunidade.

Para Horta (1979) o Processo de Enfermagem é constituído por:

1. *Histórico de enfermagem*: um roteiro sistematizado para levantamento de dados do indivíduo, sujeito para o qual se desenvolve o Processo de Enfermagem.

Esse roteiro torna possível a identificação dos problemas apresentados por esse indivíduo.

2. *Diagnóstico de enfermagem*: etapa de identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira do grau de dependência do indivíduo dos cuidados de enfermagem.

3. *Plano assistencial*: é sistematizado em termo do conceito de assistir em enfermagem, ou seja, nessa etapa define-se o grau de assistência que será dado, se será de encaminhamento para a atividade, supervisão da atividade, orientação para execução da atividade, ajuda ou execução do cuidado propriamente dito.

4. *Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem*: implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

5. *Evolução de Enfermagem*: Relato diário a respeito das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

6. *Prognóstico de Enfermagem*: estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pelas evoluções de enfermagem.

O Autocuidado desenvolvido parcialmente ou em sua plenitude pelo cliente submetido à cirurgia cardíaca de forma a atender às suas necessidades mais essenciais e registrado por sua vez na evolução de enfermagem é entendido por nós como um bom prognóstico de enfermagem para esse cliente. Um plano assistencial

pautado na orientação para o alcance do Autocuidado pode ser fator contribuinte para esse bom Prognóstico.

Para nós, as Orientações de Enfermagem pré-operatórias deveriam constar no Plano de Cuidados de Enfermagem enquanto uma atividade a ser executada pela equipe que assiste a esse indivíduo até o momento cirúrgico.

Segundo o Decreto nº 94.406/87, presente no código de Ética e Legislação que regulamenta a Lei nº 7498/86 e dispõe sobre o exercício de enfermagem, o profissional Técnico de enfermagem assiste ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, bem como o profissional Auxiliar de enfermagem participa das atividades de educação em saúde, inclusive: orientando os clientes na pós-consulta quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, auxiliando, por sua vez, o Técnico de enfermagem e o Enfermeiro na execução de programas de educação para a saúde.

Não pretendemos que as Orientações pré-operatórias sejam atividades exclusivamente desempenhadas pelo Enfermeiro, até mesmo porque todos os profissionais de enfermagem, por sua formação humanista[†], têm em seu processo de formação o conhecimento da experiência cirúrgica, os medos, anseios e dúvidas apresentados pelos clientes que vivenciarão o ato cirúrgico.

As atribuições descritas segundo o decreto acima, fundamentam nossa idéia de que não só o Enfermeiro, mas toda a equipe de enfermagem, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, deve estar envolvida na prestação de Orientações de Enfermagem pré-operatórias e, para tanto, essa atividade deve constar no Plano de Cuidados de

[†] Atitude que se coloca expressamente numa perspectiva antropocêntrica, voltada para a cultura literária e científica. (FERREIRA, 2004, p.398)

Enfermagem. Tratar da importância da Orientação de Enfermagem pré-operatória enquanto uma atividade constituinte da quarta etapa da Conduta Clínica de enfermagem na prevenção de problemas de enfermagem pós-operatório implica discutir a capacidade do enfermeiro em não só diagnosticar as necessidades de informação apresentadas pelos indivíduos para que as orientações não sejam demasiadamente extensas e pouco esclarecedoras, como também reconhecer os possíveis diagnósticos pós-operatório em cirurgia cardíaca para que as orientações sejam direcionadas à minimização da ocorrência desses diagnósticos.

Com relação à importância do Diagnóstico de Enfermagem, Potter e Perry (1998) defendem que o Diagnóstico de Enfermagem, realizados no pré-operatório habilita o profissional a tomar as devidas precauções de tal maneira que os cuidados dispensados nas fases intra e pós-operatórias estejam sempre de acordo com as suas necessidades.

Abaixo, listamos alguns Diagnósticos de Enfermagem publicados pela North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-2005/2006), segundo Correa (2006), possíveis no pós-operatório de cirurgia cardíaca e passíveis de resolução mediante uma Conduta Clínica de enfermagem efetiva.

<i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	<i>Fator relacionado</i>
Adaptação prejudicada	Ausência de suporte social para mudar crenças e práticas
Ansiedade	Necessidades não satisfeitas, Ameaça de mudança no ambiente, Ameaça de mudança no estado de saúde, Ameaça ao autoconceito

Risco de intolerância a atividade	Inexperiência com a atividade
Déficit no Autocuidado para alimentação	Ansiedade, dor, desconforto, falta ou diminuição de motivação para alimentação ou prejuízos musculoesqueléticos
Déficit no Autocuidado para banho/higiene	Ansiedade, dor, falta ou diminuição de motivação ou prejuízos musculoesqueléticos
Déficit no Autocuidado para vestir-se/arrumar-se	Motivação diminuída ou falta de motivação, dor, desconforto ou ansiedade
Comunicação verbal prejudicada	Falta de informação
Conhecimento deficiente	Interpretação errônea de informação
Deambulação prejudicada	Em desenvolvimento
Síndrome do estresse por mudança	Falta de aconselhamento anterior a mudança
Risco de Síndrome de estresse por mudança	Falta de um sistema adequado de apoio, Falta de aconselhamento anterior à mudança, Imprevisibilidade das experiências
Risco de sentimento de impotência	Falta de conhecimento sobre a doença e sobre o sistema de saúde
Integridade tissular prejudicada	Déficit de Conhecimento
Medo	Falta de familiaridade com a experiência ambiental
Mobilidade física prejudicada	Desconforto, dor, Falta de conhecimento quanto ao valor da atividade física
Recuperação cirúrgica retardada	Em desenvolvimento
Privação do sono	Desconforto físico e psicológico prolongado, Ambiente para o sono não familiar ou desconfortável por tempo prolongado
Resposta disfuncional ao desmame ventilatório	Déficit de conhecimento quanto ao papel do cliente no processo de desmame

Não destacamos todos os fatores relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem, pois intencionalmente pretendemos destacar aqueles relacionados à falta de informação prévia a intervenção cirúrgica.

Atuando na prevenção da ocorrência de alguns dos fatores geradores de Diagnósticos de Enfermagem pós-operatórios em cirurgia cardíaca, poderíamos impedir a manifestação de alguns problemas previsíveis no pré-operatório e ,consequentemente, preservar a integridade física e mental dos clientes.

Verificamos que muitos dos fatores relacionados aos diagnósticos listados estão intimamente relacionados à deficiência de informação acerca da experiência cirúrgica e por isso acreditamos ser as Orientações de Enfermagem pré-operatórias capazes de minimizar a ocorrências desses diagnósticos.

II.2 O Autocuidado como preservação da vida

Acreditamos que as Orientações de Enfermagem Pré-operatórias, enquanto uma das atividades integrantes da quarta etapa da Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória, são capazes de modificar o comportamento dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca na medida que fornece informações para que o indivíduos desenvolvam o Autocuidado. Sendo assim, utilizamos o referencial teórico de Dorothea Elizabeth Orem no intuito de embasar o conceito de Autocuidado e a consequência de seu déficit.

Consideramos, desta forma, a deficiência de informação apresentada pelos clientes submetidos à cirurgia cardíaca como um dos fatores determinantes para o

déficit do Autocuidado e, como consequência deste último, a predisposição para o surgimento de problemas de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Segundo George (2000), Orem concebe o Autocuidado como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e o amadurecimento das pessoas, sendo realizado dentro de espaços de tempo em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. Para que o Autocuidado seja praticado torna-se necessária a existência de razões para a sua prática e objetivos para os quais Autocuidado é pretendido, são os requisitos do Autocuidado. Para a teórica existem seis requisitos de Autocuidado comuns a homens, mulheres e crianças, que são os chamados requisitos Universais do Autocuidado. São eles:

- a. A manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida;
- b. A prestação de cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos;
- c. A preservação do equilíbrio entre atividade e descanso;
- d. A preservação do equilíbrio entre solidão e interação social;
- e. A prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano;
- f. A promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo humano de ser normal.

A normalidade é definida pela teórica como o que é conhecidamente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos dos indivíduos.

Sendo assim, depreendemos de George (2000) que, para Orem, o ser humano desenvolve o Autocuidado no intuito de preservar o correto funcionamento de seu sistema orgânico, além de manter ativa sua interação com os demais seres sociais.

Conseqüente ao déficit do Autocuidado, o indivíduo pode ser conduzido à experiência de sofrimento físico e a relação de empobrecimento social com o ambiente onde está inserido. Para a autora, é a partir do déficit de Autocuidado apresentado pelo indivíduo que a enfermagem atua no resgate biológico e social do ser humano.

De acordo com George (2000), Orem considera a sua teoria do Déficit do Autocuidado na Enfermagem como uma teoria geral composta de três teorias relacionadas, sendo essas: a Teoria do Autocuidado, que descreve como e por que as pessoas cuidam de si próprias; já comentada anteriormente, a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm que ser criadas e mantidas para que se produza a Enfermagem.

A Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem parte de alguns pressupostos a serem considerados, são eles:

1. Os seres humanos precisam de entrada de informações deliberadas contínuas para si próprios e para o seu ambiente para permanecerem vivos e funcionarem de acordo com os dons humanos naturais;

2. A atividade humana, o poder de agir deliberadamente é exercido sob a forma de cuidados por si e pelos outros na identificação de necessidades e efetuando o que for necessário;
3. Os seres humanos maduros experimentam privações sob a forma de limitações para agir nos cuidados por si e pelos outros envolvendo e efetuando ações de suporte de vida e reguladoras de funções;
4. A atividade humana é exercida na descoberta, desenvolvimento e transmissão de formas e meios de identificar necessidades e efetuar ações para si próprios e para os outros;
5. Os grupos de seres humanos com relações estruturadas agrupam tarefas e atribuem responsabilidades para fornecer cuidados aos membros do grupo que experimentam privações para efetuar o que é necessário e deliberado para si próprio e para os outros.

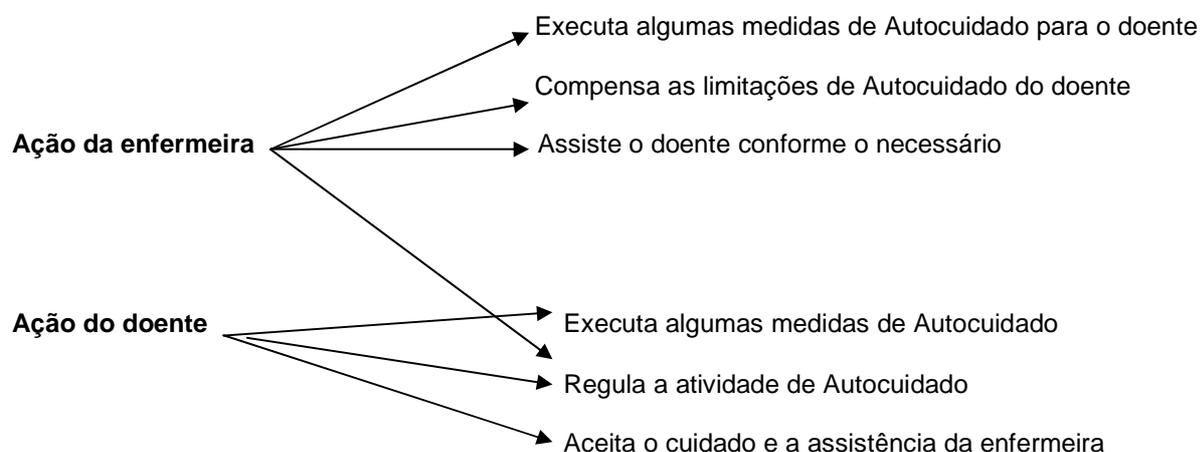
George (2000) sustenta que a idéia central da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem está na crença de que o nível de maturidade das pessoas é quem determinará o grau de limitação desse indivíduo com relação às condições existentes ou emergentes. Esse termo exprime, segundo a teórica, a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado, além de fornecer orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do cliente no seu Autocuidado.

Inserida na Teoria do Autocuidado, a teórica igualmente nos contribui com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem e nos sugere que os Sistemas de Enfermagem são sistemas de ação formados por enfermeiras no exercício de sua prática de cuidar

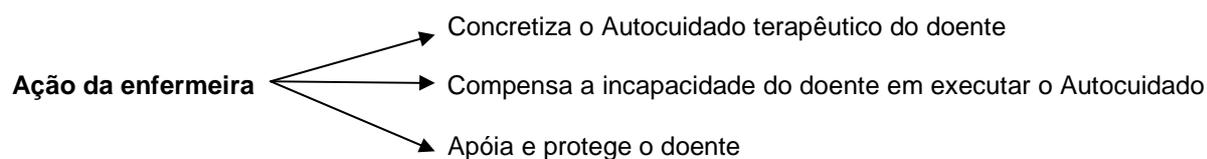
de pessoas, famílias ou outras unidades multi-pessoais com limitações de Autocuidado. As ações que compõem esse sistema são de natureza deliberada, incluindo a intencionalidade e operações de diagnóstico, prescrição e regulação.

De acordo com o pressuposto de Orem, assim classificam-se os sistemas de ação dos enfermeiros:

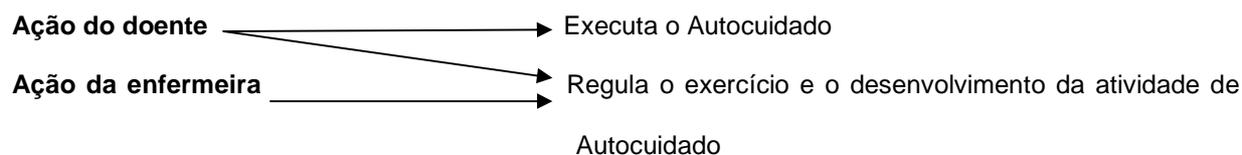
Sistema de Enfermagem parcialmente Compensatório



Sistema totalmente compensatório



Sistema de Apoio Educação



Depreendemos que a Orientação de Enfermagem Pré-operatória pode ser considerada uma propriedade do Sistema Apoio-Educação proposto por Orem, além de constituir-se um pressuposto da Teoria do Déficit do Autocuidado. Visto que a ação da enfermeira em orientar deverá ter a capacidade de regular à atividade de Autocuidado, assim como consiste nas ditas informações deliberadas contínuas necessárias aos seres humanos para que possam permanecer vivos e funcionar de acordo com os dons humanos naturais.

II.3 Cuidar-educar: o papel das Orientações de Enfermagem Pré-operatórias

Para Ferraz (2005) a utilização da educação como uma forma de cuidar transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar potencializamos nossa capacidade de cuidar. Ao associarmos o cuidar e o educar criamos a possibilidade de converter e diversificar os conhecimentos, em que estes possam ser construídos, desconstruídos e adaptados às necessidades individuais e coletivas.

E ainda, “a verdadeira educação em saúde tem a capacidade de estimular o indivíduo e a família/comunidade, a buscar conhecimentos voltados à reflexão e conscientização, autonomia e Autocuidado” (p. 608).

As noções de educar também estão presentes no cuidar, pois educar envolve relação, quem educa, educa alguém, portanto envolve respeito, ética, reconhecimento do outro e de si mesmo, buscando autonomia. A mesma relação se estabelece ao cuidar. Cuidar traduz ação de tratar de alguém, atender alguém, sendo o recebedor do cuidado, um ser

humano também incompleto, inconcluso, que tem dimensões, as quais serão cuidadas, quer física, psicológica ou espiritualmente. Educar é um princípio de esperança (PRADO, REIBNITZ e GELBEKE, 2006, p.297).

Para Smeltzer e Bare (2000) as atividades desenvolvidas no pré-operatório iniciam-se quando a decisão pela intervenção cirúrgica é feita e termina com a transferência do paciente para a mesa cirúrgica. Para os autores, as atividades pré-operatórias de enfermagem concentram-se em um grande histórico de enfermagem. Esse é constituído das seguintes etapas: inicialmente o histórico pré-operatório preliminar é elaborado, posteriormente ocorre o planejamento dos métodos de ensino apropriados para as necessidades do paciente, por conseqüência a família é envolvida na entrevista, verifica-se se os testes pré-operatórios estão completos e, por último, avaliam-se as necessidades pós-operatórias do paciente quanto ao transporte e ao cuidado.

Para que se possa planejar o método de ensino pré-operatório e quais as questões a serem abordadas, torna-se necessário que o enfermeiro diagnostique as necessidades de informação apresentadas pelo indivíduo.

Para Foscheira e Picolli (2004) a enfermagem perioperatória, período que compreende os períodos pré, trans e pós-operatórios, tem como principal atuação no processo de trabalho o cuidar e, para tanto, recebe formação e amparo científico, de forma a proporcionar segurança para que todos possam crescer e aprender com aquela experiência e sair dela com o mínimo de cicatrizes emocionais para o bem estar dos familiares e a recuperação do paciente.

Consideramos a atividade de orientação de enfermagem peça chave no elo cliente/enfermeiro. No exercício da orientação somos capazes de detectar as deficiências de informação apresentadas pelo cliente, identificar seus sentimentos com relação ao momento vivido e à terapêutica proposta, conhecer seu entendimento acerca da situação vivenciada, responder às suas indagações, minimizando suas dúvidas e anseios, esclarecer-lhe possivelmente alguma dúvida técnica acerca dos procedimentos médico-hospitalares. Enfim, integrar o cliente a esse novo ambiente de forma a despertá-lo para o Autocuidado.

Segundo Foschiera e Picolli (2004), é através da interação enfermeiro-cliente que alguns sentimentos evidenciados em face da necessidade do procedimento cirúrgico e do desconhecimento que está por vir, podem ser minimizados. O paciente será esclarecido quanto ao problema físico que está enfrentando e amparado emocionalmente para reagir de forma adequada tanto no pré quanto no pós-operatório.

Os mesmos autores defendem que, através das orientações, o enfermeiro pode transmitir informações e tentar modificar essa visão, de forma que percebam a cirurgia como um enfrentamento necessário e passem da situação de ameaçados para o de atores que possibilitem a resolução das dificuldades.

Segundo Baggio, Teixeira e Portella (2001), em estudo realizado com clientes a serem submetidos à cirurgia cardíaca que receberam as Orientações de Enfermagem no pré-operatório, as orientações fornecidas pela enfermeira proporcionaram aos pacientes uma atmosfera tranqüilizadora, levando-os a agir com calma e serenidade. As orientações prévias contribuíram no sentido de amenizar o impacto de uma realidade inesperada que, para o paciente, poderia acarretar em uma perturbação emocional. E ainda, através da utilização de imagem, visitação ao centro cirúrgico ou ao

local onde vivenciaria o pós-operatório, a orientação pré-operatória teve a capacidade de promover o encorajamento, a tranqüilidade e o esclarecimento, minimizando, assim, o medo do desconhecido.

Depreendemos com base em algumas publicações científicas que a orientação do cliente tem a capacidade de reduzir o medo, a ansiedade e o estresse no pós-operatório. Conseqüente à redução desses fatores temos a maior possibilidade de restabelecimento do cliente.

As orientações fornecidas ao cliente que vivencia o processo de hospitalização têm a capacidade de minimizar a ansiedade e as complicações pós-operatórias, além de fortalecer o vínculo profissional-cliente no pós-operatório, obtendo do cliente uma participação mais ativa no seu processo de reabilitação (BAGGIO, TEIXEIRA e PORTELLA, 2001, p.123).

Além dos benefícios diretos que as orientações podem ser capazes de proporcionar ao cliente, a prática da orientação deve implicar na enfermeira envolvida no processo de cuidar o compromisso de não somente responder as necessidades apresentadas pelo cliente, como permitir que ele seja capaz de intervir independente e conscientemente em seu processo de restabelecimento.

II.4 A Orientação Pré-operatória no cenário de pesquisa

Diante da contribuição das Orientações de Enfermagem pré-operatórias prestadas pela Instituição em questão para este estudo, achamos pertinente dedicar atenção especial para descrição dessa prática, realizada desde 2005. Procuramos, assim, descrever as etapas constituintes da Reunião pré-operatória, assim conhecida pelos clientes hospitalizados e pelos profissionais de saúde, e comentar o método utilizado para abordagem da temática cirurgia cardíaca.

Nossa experiência com a reunião pré-operatória realizada no cenário de pesquisa teve início durante o período de coleta de dados, quando fomos informados pela divisão de enfermagem da instituição que havia uma Enfermeira responsável pela organização de encontros semanais com clientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca.

A descoberta dessa rotina de reunião com o grupo de clientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca nos permitiu reavaliar os resultados obtidos acerca das reais repercussões da quarta etapa da Conduta Clínica de Enfermagem, a prescrição de cuidados de enfermagem registrada nos prontuários selecionados para os clientes que haviam sido submetidos à cirurgia cardíaca. Assim, as Orientações pré-operatórias prestadas enquanto rotina na instituição tornaram-se uma importante variável neste estudo e objeto de avaliação.

No mês de julho de 2008, período em que a coleta de dados encontrava-se ao fim, observamos a existência da rotina de Orientações pré-operatórias para os clientes que aguardavam a realização de cirurgia cardíaca, sendo as orientações prestadas semanalmente por um grupo multidisciplinar. Idealmente a equipe deveria ser composta

por uma Enfermeira, uma Assistente social, uma Nutricionista, uma Fisioterapeuta e uma Médica psiquiatra. No entanto observamos que apenas a Enfermeira, a Assistente Social e a Médica psiquiatra, eram as profissionais presentes em todas as reuniões. A duração média das orientações variava de quarenta minutos a uma hora e aos clientes era permitido freqüentar as reuniões o número de vezes que considerassem necessário.

O procedimento de convocação para a Reunião pré-operatória era feito da seguinte forma: a enfermeira responsável pela organização da Reunião semanal participava do *Round* diário na enfermaria do nono andar e, ao final da discussão, os médicos decidiam quais seriam os clientes candidatos à intervenção cirúrgica corretiva de Revascularização do Miocárdio. Logo após essa decisão, uma listagem com todos os clientes a serem submetidos ao procedimento em questão era redigida e tão logo esses clientes eram convocados nas enfermarias do sexto e nono andares para participarem do próximo encontro, em geral realizado todas as terças-feiras. Sendo assim, os clientes tinham oportunidade de participar da reunião antes mesmo que seus nomes fossem confirmados no mapa cirúrgico da instituição.

Dos 123 clientes submetidos à Revascularização do Miocárdio de abril a julho de 2008, somente 70 participaram das orientações pré-operatórias, o que significa dizer que os demais clientes, 53, não participaram da reunião por opção pessoal, por estarem no momento da reunião realizando algum procedimento diagnóstico ou tratamento odontológico dentro da própria instituição e outros por não terem sido hospitalizados em tempo hábil para receberem as orientações pré-operatórias.

Embora a reunião contasse com a participação regular da Enfermeira, da Assistente Social e da Médica Psiquiatra e, desta forma, a reunião adquirir uma

conotação multidisciplinar, achamos conveniente a análise das Orientações sob a ótica da Conduta Clínica de Enfermagem. Em primeiro lugar, pelo fato da enfermeira ser a responsável pela organização do encontro, em segundo pelo fato dela determinar o método para o fornecimento das informações e em terceiro por dispor de mais tempo com o grupo de clientes do que as demais profissionais.

Era a Enfermeira quem informava acerca das particularidades do procedimento cirúrgico, da estadia na Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica, do comportamento pós-operatório dos clientes e das modificações necessárias de hábitos de vida. Posteriormente a essas informações, os outros profissionais prestavam os demais esclarecimentos acerca das rotinas hospitalares pós-operatórias e os direitos constitucionais assegurados aos clientes enquanto cidadãos contribuintes da Previdência Social.

O encontro era realizado uma vez por semana na sala de convivência localizada no nono andar da instituição (anexo 4). Esse espaço contava com mesas e cadeiras dispostas da forma como o grupo achava conveniente, possuía uma televisão com um aparelho de vídeo, algumas revistas e jornais, além de papéis, canetas e murais aonde os participantes podiam deixar mensagens para os demais indivíduos hospitalizados. Esse espaço era utilizado para as Reuniões pré-operatórias, bem como era disponibilizado para todos os clientes hospitalizados que desejassem compartilhar momentos de distração e trocar experiências.

Metodologicamente, a reunião com a Enfermeira responsável pelas Orientações de Enfermagem Pré-operatórias dava-se em etapas para que todos tivessem a oportunidade de participar das orientações. Inicialmente, ela tratava das dúvidas pré-operatórias mais freqüentes referentes ao tempo de hospitalização pré-operatória ao

qual eram submetidos, à reserva de sangue (quando deveria ser feita e por que era feita) e o porquê da preocupação em registrarmos em prontuário as alergias relatadas pelos clientes ou pela família. A respeito da reserva de sangue, era fornecido a todos os indivíduos, um folheto informativo acerca dos procedimentos necessários para que os voluntários efetivassem a doação (anexo 5).

Após o esclarecimento de algumas dúvidas iniciais, a Enfermeira dava início as informações a respeito dos cenários pelos quais os clientes perpassariam, em especial o Centro Cirúrgico e a Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica, local aonde os clientes permaneceriam do pós-operatório imediato até o restabelecimento suficiente para que pudessem retornar às enfermarias do nono ou sexto andares.

Sobre o procedimento cirúrgico, ela explanava acerca da anestesia geral venosa e inalatória, a necessidade de um acesso profundo e os seus benefícios, demonstrava a função de alguns dispositivos introduzidos nos clientes no período intraoperatório e que os clientes visualizariam logo após o despertar anestésico. Sobre a anestesia geral, ela procurava minimizar os anseios e dirimir as dúvidas e mitos sobre os riscos da anestesia geral.

Devido ao tempo de uso do cateter venoso profundo e o fato dos clientes em pré-operatório já o terem visto em outros clientes já operados, a Enfermeira buscava explicar sua função, os cuidados que deveriam ter e seus benefícios quanto à administração de medicamentos muito concentrados, grandes volumes de líquido e para coleta de sangue.

Quanto aos dispositivos intracavitários, como drenos de tórax, cateter vesical de demora, cateter para aferição de pressão arterial média e cateter nasogástrico, a Enfermeira buscava conseguir dos clientes o entendimento necessário para que

reconhecessem a importância do uso desses dispositivos e sua retirada no momento certo.

Num segundo momento, a Enfermeira introduzia o cenário pós-operatório aonde todos os clientes deveriam permanecer após a cirurgia. Nessa ocasião ela relatava a dinâmica e o cenário local com suas particularidades: os odores, os ruídos, a iluminação, a necessidade de monitorização constante e a movimentação dos profissionais. O conforto dos clientes era enfatizado como sendo necessário para uma boa estadia nessa unidade. Informava que era permitido aos familiares levarem meias e travesseiros na tentativa de minimizar o frio e o desconforto e facilitar, conseqüentemente, o período de descanso noturno.

Muito era focado acerca da contribuição do cliente para um despertar anestésico pós-operatório tranquilo. Ou seja, era destacada a confiança na equipe em se fazer o melhor, a comunicação não verbal no sentido de minimizar a dor pós-operatória e o desconforto ocasionado pelos drenos. E, ainda, comentou a importância dos clientes se alimentarem adequadamente, solicitarem analgésico em caso de dor, mobilizarem-se no leito com auxílio da equipe, não terem medo de tossir e contribuir na realização de exercícios fisioterápicos.

A Enfermeira comentava o papel dos analgésicos no pós-operatório e o mito a respeito da resistência do corpo aos analgésicos e falava sobre a função em manter o “corpo em atividade”. E, ainda, falava do desconforto respiratório, da tosse e da secreção, comuns nesse período, mas que exigiriam determinação para manter um padrão de respiração adequado para recuperar as energias.

Após a fala da Enfermeira, a Assistente social esclarecia algumas dúvidas sobre os direitos do trabalhador e contribuintes em receber os benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social.

Ao término da reunião, os clientes tinham a oportunidade de conversar com a Médica psiquiatra que prestava informações sobre os riscos e malefícios do tabagismo e convidava os interessados a participarem do grupo Antitabágico do hospital. A mesma fornecia um formulário para todos os clientes ali presentes com a finalidade dos indivíduos relatarem de que forma seu estado emocional se encontrava naquele momento para que ela pudesse intervir, caso necessário, com consultas individualizadas ou prescrições de medicamentos controlados. Essa ficha (anexo 6) seria posteriormente entregue na enfermaria do nono andar.

Os clientes que recebiam as Orientações pré-operatórias assinavam o livro de registro da Reunião pré-operatória que ficava na sala da Chefia de Enfermagem na enfermaria do nono andar.

A Enfermeira permanecia na Reunião do início ao fim e ratificava o convite para aqueles que desejassem retirar suas dúvidas e participar do próximo encontro.

Os encontros com as famílias eram semanais e realizados no 12º andar da instituição e contavam com a participação de toda a equipe disciplinar, mas, atualmente, não ocorrem. Um convite era distribuído para os familiares que desejassem participar do encontro (anexo 7).

III. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

III.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos.

Num estudo observacional não há intervenção promovida pelo investigador. Os objetivos deste estudo podem ser assim resumidos: descrever a distribuição de um parâmetro, na população (estudos descritivos), o que serve para formular hipóteses, ou testar uma hipótese sobre a associação entre dois eventos, tentando verificar, sem usar a experimentação, se há relação causal entre eles, estudos observacionais analíticos (PEREIRA, 1995, p. 279).

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p.177) “uma segunda grande classe de pesquisa não-experimental é a pesquisa descritiva. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação”.

Segundo Pereira (1995), as investigações do tipo série de casos representam uma opção para testar produtos ou procedimentos e é possível, após comparações, obtermos evidências sobre a utilidade e a segurança do produto ou procedimento em avaliação.

A inclusão de apenas um ou poucos indivíduos caracteriza o estudo de caso ou de casos. Um número maior de pessoas incluídas na investigação, número que os especialistas relutam em fixar, constitui a “série de casos”. Em termos práticos a Série de casos ficou constituída

de no mínimo dez unidades, e o estudo de casos, de um a nove pacientes (PEREIRA, 1995, p. 280).

Para Pereira (1995) as freqüências resultantes de um estudo descritivo sejam elas distribuídas em tabelas ou gráficos, são utilizadas com duas finalidades principais, sendo elas: identificar grupos de risco, o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora e, a segunda, sugerir explicações de freqüência, o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto.

Segundo o mesmo autor, os resultados de uma série de casos são importantes à medida que servem como referência para termos de comparação e como ponto de partida para novas avaliações.

Na tentativa de responder as questões emergentes deste estudo, utilizamos o delineamento de pesquisa Quantitativa. Esse tipo de delineamento de pesquisa apresenta as estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas e interpretáveis (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 165).

Segundo os autores:

Na pesquisa quantitativa, as teorias são usadas dedutivamente como base para geração de explicações que são então, testadas empiricamente. Isto é, com base em uma teoria prévia ou em um corpo de evidências, o pesquisador faz previsões explicativas específicas que, se sustentadas pelos dados, adicionam maior credibilidade a teoria (p. 35).

E, ainda, é um delineamento que exige decisões metodológicas bastante definidas. Assim, são determinados se haverá ou não uma intervenção do pesquisador sobre o fenômeno pesquisado, ou seja, se haverá ou não o controle sobre a variável independente, se serão feitas comparações entre grupos ou não, quando e quantas vezes serão coletados os dados dos participantes e em que ambiente ocorrerá o estudo.

Para Wood e Harber (2001) os estudos quantitativos com desenhos não experimentais requerem uma afirmação do problema de forma muito clara e concisa, que é baseada numa estrutura teórica.

Seguindo o pressuposto que os estudos de série de caso têm a propriedade de dar prosseguimento a novas pesquisas de avaliação, definimos, segundo Pereira (1995), o que seria avaliar uma intervenção de profissionais enfermeiros, na ocasião: a efetividade das Orientações de Enfermagem pré-operatórias:

Teoricamente, pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, quer se ocupe de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, quer seja uma ação isolada, um produto ou um programa, um serviço, um outro componente ou mesmo todo sistema de saúde (PEREIRA, 1995, p.538).

O modelo Donabedian, que leva o nome de seu idealizador, separa os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em estruturas bem definidas. Elas são elas descritas por Pereira (1995):

A estrutura: diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência a saúde;

O processo: engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados, a exemplo dos exames diagnósticos e o tratamento médico;

O resultado: seria o impacto provocado por essas intervenções na saúde das pessoas e que são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, servindo como exemplo o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia a dia e a melhoria da qualidade de vida.

Para Pereira (1995) de maneira geral, a qualidade das ações de saúde deve ser eficaz, efetiva e eficiente.

Definição de eficácia, efetividade e eficiência:

EFICÁCIA: É O GRAU EM QUE DETERMINADA INTERVENÇÃO, PROCEDIMENTO, REGIME OU SERVIÇO PRODUZ UM RESULTADO BENÉFICO, EM CONDIÇÕES IDEAIS DE OBSERVAÇÃO; TRATA-SE DO RESULTADO NO LABORATÓRIO.

EFETIVIDADE: É O GRAU EM QUE UMA DETERMINADA INTERVENÇÃO PRODUZ UM RESULTADO BENÉFICO, QUANDO EMPREGADO NO MUNDO REAL, EM UMA POPULAÇÃO DEFINIDA; É O RESULTADO VERDADEIRAMENTE OBSERVADO NAS CONDIÇÕES HABITUAIS DE USO.

EFICIÊNCIA: REFERE-SE AOS EFEITOS ALCANÇADOS EM RELAÇÃO AO ESFORÇO DESPENDIDO, EM TERMOS DE RECURSOS E TEMPO UTILIZADOS; É O RESULTADO OBTIDO, TENDO EM CONTA OS INSUMOS EMPREGADOS.

Pereira (1995 apud Dictionary of Epidemiology, 1988, p. 41).

De maneira geral este estudo busca discutir os resultados advindos das Orientações de Enfermagem pré-operatórias para os clientes submetidos à cirurgia cardíaca, avaliando, dessa forma, a efetividade dessa intervenção.

III.2 Demarcação do território investigado e seus participantes

A pesquisa foi desenvolvida através da análise de trinta e quatro prontuários de clientes submetidos à cirurgia cardíaca, hospitalizados numa Instituição Federal de grande porte localizado no Município do Rio de Janeiro que é referência para o tratamento clínico e cirúrgico de afecções cardiovasculares.

A amostra deste estudo foi constituída por clientes adultos submetidos exclusivamente à Revascularização do Miocárdio (RVM) pela primeira vez e com utilização de circulação extracorpórea, sendo esses indivíduos submetidos à intervenção cirúrgica no período de abril a julho de 2008.

Uma amostra representativa é uma amostra cujas características-chave aproximam-se de perto daquelas da população. É preciso compreender que não existe forma de garantir que uma amostra é representativa sem obter um banco de dados sobre toda população. (WOOD e HARBER, 2001, p.142).

Os critérios estabelecidos para a escolha dos prontuários em questão foram:

Critério de Inclusão:

1. Prontuários pertencentes a clientes adultos submetidos à Revascularização do Miocárdio com CEC pela primeira vez.

Critério de exclusão:

1. Prontuários pertencentes a clientes submetidos à RVM associada a outro tipo de abordagem cirúrgica;

2. Clientes que necessitaram de dispositivo de auxílio hemodinâmico após o procedimento cirúrgico, ex: Biopump (ver rodapé da página 47) e Balão Intra-aórtico (BIA);

3. Clientes que permaneceram sedados nas primeiras vinte e quatro horas após o procedimento cirúrgico;

4. Clientes que foram a óbito até o quinto dia de pós-operatório;

5. Clientes que passaram pela Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica (UTCIC) antes da cirurgia cardíaca.

O nível de sedação em que os clientes encontravam-se que tiveram o prontuário selecionado era observado mediante os registros dos enfermeiros que utilizavam uma escala de sedação comumente utilizada nos ambientes de terapia intensiva, chamada Escala de Ransay.

De acordo com Barreto, Pinheiro e Vieira (2001), são seis os níveis de sedação o qual o indivíduo pode se encontrar. São os níveis representados na escala:

Nível 1: Indivíduo ansioso, agitado ou inquieto;

Nível 2: Indivíduo cooperativo, aceitando a ventilação mecânica, orientado e tranqüilo;

Nível 3: Indivíduo que dorme, mas abre os olhos ao comando, respondendo ao estímulo glabellar;

Nível 4: Indivíduo que dorme e responde levemente ao estímulo glabellar;

Nível 5: Indivíduo que não apresenta resposta ao estímulo glabellar mas responde a dor;

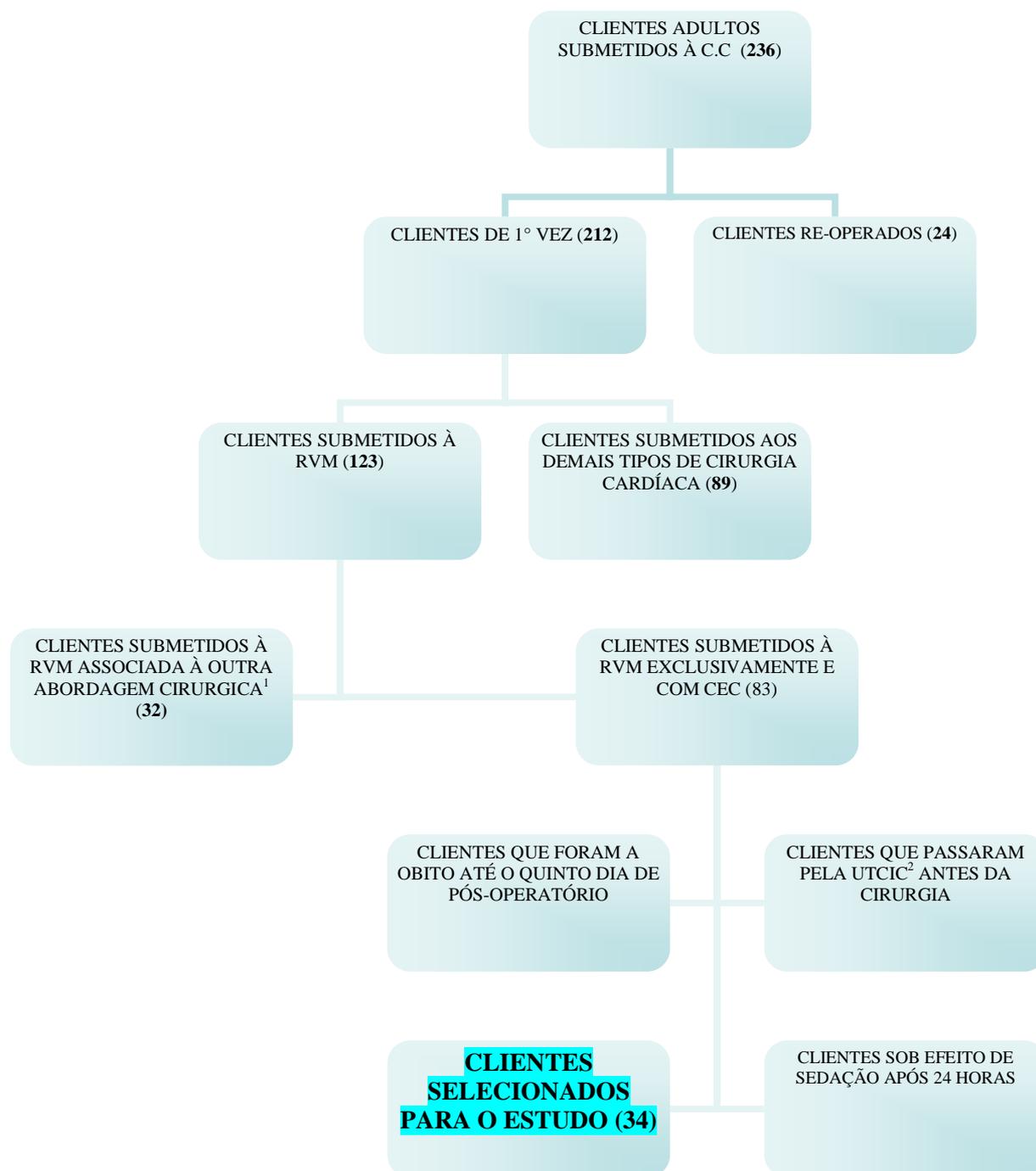
Nível 6: Indivíduo que não apresenta estímulo doloroso preservado.

Dessa forma, todos os indivíduos que detinham algum nível de sedação estabelecido em evolução que os impedissem de ser extubados nas primeiras vinte e quatro horas, tiveram seus prontuários excluídos. A aceitação dessa condição comprometeria a análise de alguns elementos estabelecidos para a coleta de dados, implicando, conseqüentemente, em falsos resultados.

A escolha por prontuários pertencentes a indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca pela primeira vez deveu-se em especial pelo pressuposto de que indivíduos que nunca passaram por essa experiência cirúrgica apresentariam um déficit de conhecimento em relação aos que já vivenciaram essa situação. Para nós esse déficit pode ser um dos fatores determinantes para o déficit do Autocuidado no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Todos os prontuários selecionados pertenciam a clientes extubados em menos de vinte e quatro horas.

O diagrama a seguir ilustra os critérios utilizados para a seleção dos prontuários para análise.



¹ Dentre as demais abordagens associadas a RVM, destacamos a utilização do Biopump (uma bomba centrífuga, de alta eficiência, não oclusiva, com mínimo traumatismo aos elementos figurados do sangue e portanto com hemólise mínima, muito utilizada em circulação assistida para pacientes em más condições após a cirurgia ou que tenham outras indicações para tal, no entanto seu uso não se restringe a somente esta indicação). (http://www.sbccv.org.br/medica/ultnot_carta.asp, acesso em 31 de janeiro de 2009.) Além da utilização do BIA, Balão intra-aórtico, dispositivo utilizado enquanto assistência mecânica na Síndrome do Baixo Débito cardíaco causada pela falência do ventrículo esquerdo (BARRETO, VIEIRA e PINHEIRO, 2001, p. 521).

² UTCIC (Unidade de Tratamento Cardio-intensiva cirúrgica).

Devido à exigüidade de tempo para análise dos 83 prontuários pertencentes a clientes que foram submetidos à Revascularização do Miocárdio, a seleção dos 34 prontuários para análise foi feita concomitantemente à exclusão dos prontuários pertencentes a clientes que foram a óbito até o quinto dia de pós-operatório, que por algum motivo necessitaram permanecer na UTCIC antes do procedimento cirúrgico propriamente dito e aqueles que permaneceram sedados por mais de 24 horas e, conseqüentemente, não puderam ser extubados no pós-operatório imediato.

Assim, a estratégia de amostragem utilizada neste estudo é do tipo não-probabilística.

A maioria das amostras nas pesquisas de enfermagem é deste tipo e embora sejam mais viáveis do pesquisador obter, o uso de amostras não probabilísticas limita, a capacidade do pesquisador em fazer generalizações sobre as descobertas (WOOD e HARBER, 2001, p. 143).

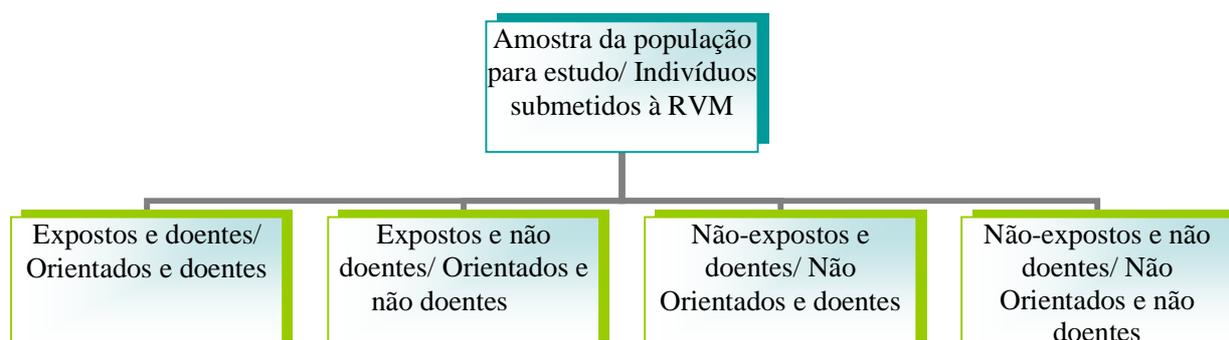
III.3 Coleta de dados

Atendendo as exigências da Resolução 196/96 e em consonância com o Parecer do Comitê de ética em Pesquisa institucionalizado: Of. CEP-INCL- 0180/2007 (anexo 1), a busca manual documental foi realizada pela própria pesquisadora no período de 04 de abril a 29 de julho de 2008.

Todas as informações coletadas nos prontuários foram assim feitas após a experiência cirúrgica dos clientes, sendo a coleta efetuada em um único momento.

Os delineamentos Transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004, p. 180).

Segundo Pereira (1995, p. 298), o delineamento da investigação em um estudo transversal pode ser esquematizado em etapas, segundo o diagrama abaixo:



Diante das possibilidades da amostra da população, o estudo transversal nos permite a comparação entre a frequência das amostras. Em nossa pesquisa consideramos a comparação entre prontuários de clientes submetidos à cirurgia cardíaca que receberam Orientação de Enfermagem Pré-operatória e prontuários de clientes igualmente submetidos ao mesmo procedimento, mas que não receberam as orientações no mesmo período.

Os prontuários selecionados para análise encontravam-se nas enfermarias do sexto e nono andares, pelo fato dessas enfermarias comportarem clientes adultos em pós-operatório de Revascularização do Miocárdio. Algumas coletas foram realizadas no Serviço de Arquivo Médico (SAME).

É importante destacar que no transcorrer da coleta de dados, descobrimos a existência de uma reunião pré-operatória semanal com o grupo de clientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca e, juntamente a descoberta da reunião, tivemos acesso às informações do livro de registro dessas reuniões, contendo o nome de todos os clientes que haviam recebidos as Orientações Pré-operatórias de Enfermagem. Sendo assim, além dos registros em prontuário utilizamos o livro de reuniões pré-operatórias, localizado no nono andar da referida instituição.

As informações de interesse pertinentes à quarta etapa da Conduta Clínica de Enfermagem foram produzidas a partir da utilização de impresso próprio da instituição (anexo 2), intitulado Plano de Cuidados de Enfermagem. Constituíram-se fonte de dados para responder ao primeiro objetivo deste estudo.

Quanto às informações pós-operatórias, referentes à quinta etapa da Conduta Clínica de Enfermagem, foram coletadas através de um ofício próprio de evolução de enfermagem pertencente à Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica (anexo 3) e, quando os clientes já encontravam-se nas enfermarias a coleta de dados era feita mediante o registro da equipe de enfermagem no verso da folha de plano de cuidados de enfermagem, o mesmo impresso utilizado para coleta de informações pré-operatórias referente à quarta etapa da Conduta Clínica de Enfermagem.

Para que o segundo objetivo deste estudo fosse contemplado, que é descrever a relação entre o Cuidado de Enfermagem pré-operatório prescrito e o Autocuidado manifestado pelos clientes submetidos à cirurgia cardíaca; determinamos enquanto manifestação do Autocuidado, algumas atitudes dos indivíduos em pós-operatório que poderiam ser registradas pela equipe de enfermagem enquanto situação que poderiam pressupor um déficit ou não de Autocuidado apresentado pelo indivíduo em questão.

Sendo assim, os registros pós-operatórios de interesse foram aqueles relacionados aos elementos indicadores de Autocuidado, quais sejam: o despertar dos clientes em pós-operatório imediato, primeiras vinte e quatro horas de pós-operatório, a comunicação com a equipe de enfermagem, o sono e repouso desses indivíduos, a aceitação da dieta e a mobilização desses clientes até o quinto dia de pós-operatório. Dessa forma, a coleta de dados compreendeu os cinco dias de pós-operatório em que esses clientes encontraram-se hospitalizados.

O formulário (apêndice 1) elaborado para registro das informações pré e pós-operatórias continha informações adicionais que caracterizavam brevemente o perfil biológico dos clientes. No entanto, essas informações não foram utilizadas enquanto variáveis do estudo. Foram elas: sexo, idade, índice de massa corporal e doença pregressa.

Além dos dados descritos, consideramos relevante indicar o tempo de hospitalização pré-operatória a que os clientes que tiveram seus prontuários analisados foram submetidos, o tempo de permanência na Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica e ainda, trouxemos ao final da discussão os achados acerca do tempo total de hospitalização destes clientes. Conseqüentemente, os resultados advindos do grupo de prontuários pertencentes a clientes orientados no pré-operatório e do grupo de clientes não orientados, foram comparados.

III.4 Análise e interpretação dos dados.

Para a descrição do breve perfil biológico dos clientes que tiveram seus prontuários analisados utilizamos o método de análise frequencial das informações.

Obtidos os registros concernentes aos elementos indicadores de Autocuidado no pós-operatório dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca, realizamos a análise comparativa dos dados entre os dois grupos de prontuários. Um grupo de prontuários pertencente a clientes que foram orientados pela enfermeira no período pré-operatório e um grupo de prontuários pertencente a clientes que não receberam as orientações de enfermagem pré-operatórias.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.165): “Em geral os pesquisadores planejam as comparações em seus estudos de modo que os resultados sejam mais nitidamente interpretáveis”.

Para a análise gráfica dos elementos indicadores de Autocuidado selecionados para comparação entre os dois grupos utilizamos o cálculo da média.

Segundo Wood e Harber (2001), quanto maior o tamanho da amostra, menos afetada a média é por um escore extremo único. A média geralmente é considerada o único melhor ponto para resumir os dados.

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

IV.1 Características dos clientes

De forma a caracterizar resumidamente os trinta e quatro clientes que tiveram o prontuário selecionado para este estudo, destacamos enquanto informações relevantes o sexo, a idade, o índice de massa corporal e a doença pregressa apresentada por esses indivíduos.

Com referência ao sexo dos clientes analisados em prontuário obtivemos:

Gráfico 1

Sexo dos clientes que tiveram o prontuário analisado.



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

De acordo com o exposto, observamos que a maior parte dos prontuários pertencem a clientes do sexo masculino, 71%, e os demais, 29% pertencem a clientes do sexo feminino.

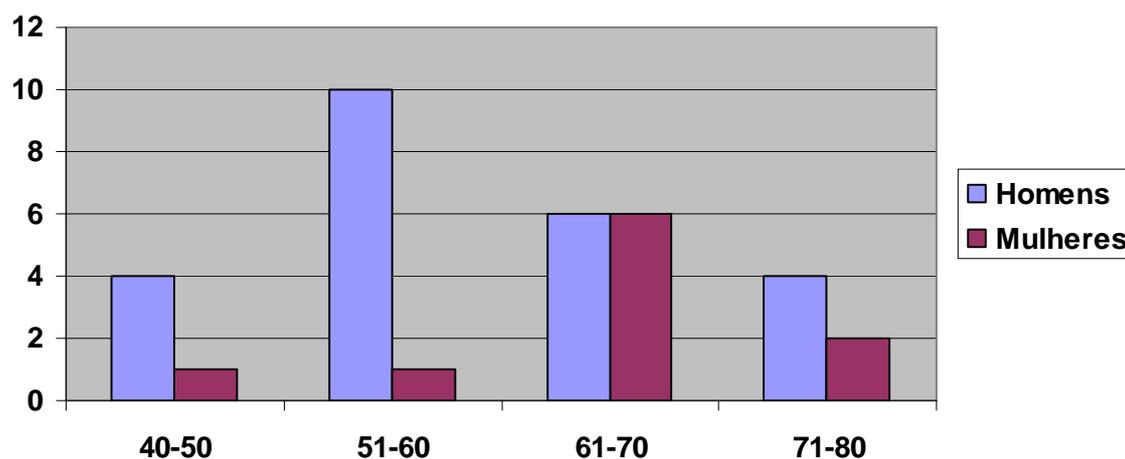
Segundo Favarato et al (2006), durante muitos anos a Doença Arterial coronariana é considerada como a causa mais importante de morte e incapacidade funcional entre os homens. No entanto, foi de grande importância a descoberta de que as doenças cardiovasculares não se restringem apenas ao sexo masculino.

Sabendo que a causa principal para a ocorrência de cirurgia de Revascularização do Miocárdio é a oclusão da artéria coronariana e que os homens são acometidos mais comumente a essa doença arterial, observamos que os resultados deste estudo apontaram coerentemente para os dados da literatura vigente, ainda que o universo pesquisado tenha sido menor do que o exposto em literatura.

Quanto à faixa etária dos clientes, encontramos em prontuário:

Gráfico 2

Faixa etária dos clientes que tiveram o prontuário selecionado



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Com base na análise dos prontuários, observamos que os homens foram submetidos mais precocemente à experiência cirúrgica, 51 a 60 anos, comparados à faixa etária predominante apresentada pelas mulheres, 61 a 70 anos de idade.

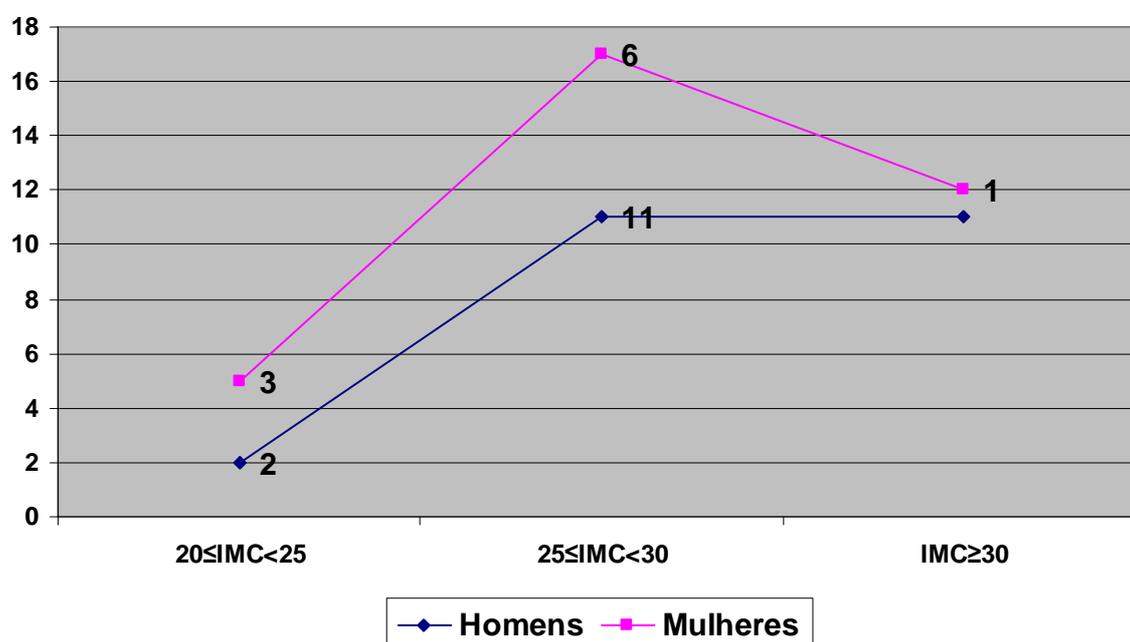
Segundo Favarato et al (2006), quando se trata de tratando de complicações da doença arterial coronariana, o Infarto Agudo do Miocárdio acomete os homens em

média dez anos antes das mulheres, sendo pior o prognóstico da ocorrência nas mulheres e a principal causa de morte após os 40 anos de idade.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), nossos resultados apontaram:

Gráfico 3

IMC dos clientes que tiveram o prontuário selecionado



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2008.

Um maior número de mulheres encontrava-se na faixa de peso ideal, 30%, comparado aos 8% dos homens. A maior parte do universo feminino, 60%, encontrava-se na faixa de sobrepeso comparada aos 32% dos homens. No entanto, o número de clientes portadores de obesidade encontrava-se maior na clientela de sexo masculino, 46%, comparados a 10% do sexo feminino.

De acordo com Anjos, Serrão e Silva (2002), o diagnóstico de IMC deve seguir o seguinte critério: considera-se normal o indivíduo que apresenta IMC maior ou igual a vinte e abaixo de vinte e cinco; são indivíduos portadores de sobrepeso aqueles que apresentam o IMC maior ou igual a vinte e cinco e menor que trinta. Indivíduos obesos são aqueles em que o IMC encontra-se maior ou igual a trinta.

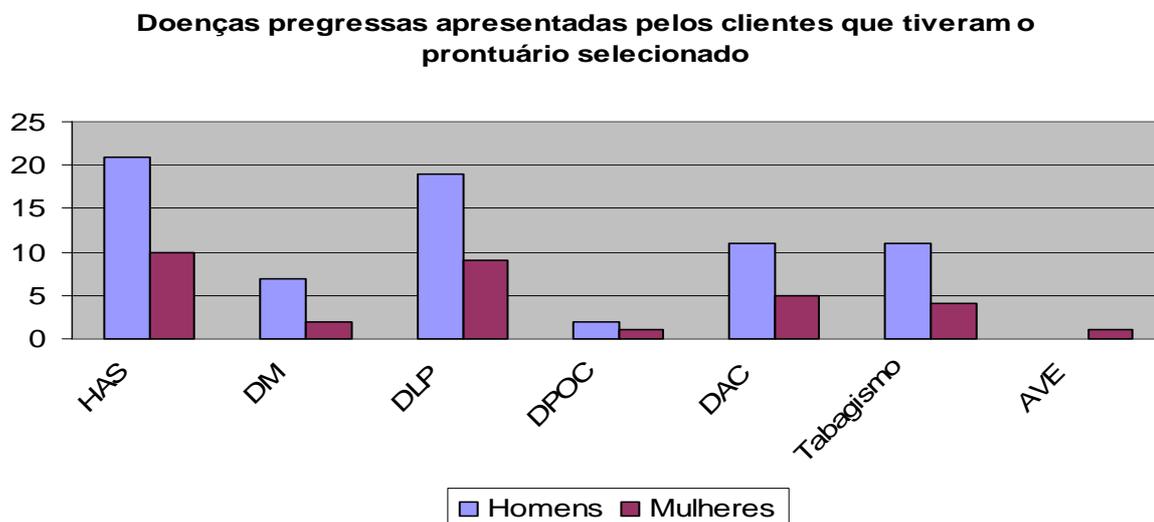
O resultado a ser obtido para o IMC é calculado através de uma fórmula utilizada pela Organização Mundial de Saúde em que o peso é dividido pela altura do indivíduo elevada ao quadrado. Ou seja, $IMC = \text{peso (em quilogramas)} / \text{altura}^2 \text{ (em metros)}$.

Para Carameli et al (2007), é consenso que quanto maior o IMC apresentado pelos indivíduos submetidos à cirurgia maior o risco de complicações respiratórias e cardiovasculares pós-operatórias.

Com base nas informações obtidas acerca do IMC apresentado pelos indivíduos, constatamos que 56% dos prontuários analisados referiam-se a clientes que apresentavam maiores riscos de complicações pós-operatórias associadas ao excesso de massa corporal.

Com relação às comorbidades apresentadas pelos clientes que tiveram o prontuário selecionado, expomos o seguinte achado:

Gráfico 4



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2008.

Com relação às comorbidades apresentadas por clientes de ambos os sexos, observamos que não há diferença estatística relevante entre os dois sexos, sendo a seqüência de comorbidades de maior a menor ocorrência semelhante em ambos os sexos. Liderando a lista de patologias já apresentadas pelos clientes antes do procedimento cirúrgico, obtivemos a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), seguida da DLP (Dislipidemia[‡]), DAC (Doença Arterial-coronariana) e tabagismo com mesmo número, dando prosseguimento o DM (Diabetes melitus), a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e o AVE (Acidente Vascular Encefálico).

Sendo assim, dos 34 prontuários analisados, 91% pertenciam a clientes portadores de HAS, o que equivale a 31 prontuários. Seguidos de 28 prontuários, 82%

[‡] Níveis lipídicos sanguíneos anormalmente elevados ou baixos. (Organizado por Érida Maria Diniz Leite, enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN). Dicionário Digital de Termos Médicos 2007. http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06099.php (acesso em: 26 de setembro de 2008).

que pertenciam a clientes portadores de DLP; 16 prontuários, 47%, pertenciam a clientes portadores de DAC; 15 prontuários, 44%, pertenciam a tabagistas; 10 prontuários, 29%, pertenciam a portadores de DM; 4 prontuários, 12%, pertenciam a portadores de DPOC e, finalmente, apenas uma mulher havia sofrido AVE previamente, no entanto não apresentava seqüelas que comprometessem sua inclusão no estudo.

Consideramos relevante destacar um achado neste estudo referente a uma lacuna diagnóstica com relação à causa que levou os indivíduos a serem submetidos à Revascularização do Miocárdio. Ou seja, dos 34 indivíduos que foram submetidos à RVM, apenas 47% possuíam diagnóstico médico prévio de doença arterial coronariana. Tal fato nos leva a refletir se existe uma fragilidade na rede assistencial de nosso estado com relação à capacidade diagnóstica dos serviços prestados a essa clientela ou se a doença arterial é realmente tão silenciosa de forma a não refletir em sintomatologia nos clientes que a portam e conseqüentemente não buscarem assistência médica especializada.

Depreendemos desta forma, que 47% dos clientes que possuíam diagnóstico médico prévio de doença arterial coronariana representavam aqueles indivíduos que sofreram os efeitos clínicos da doença e tiveram oportunidade de acesso à assistência hospitalar e seu diagnóstico concluído.

Gomes (2003) relata evidências em estudos que comprovam os reais efeitos do tabagismo e as doenças cardiovasculares. Segundo o autor, a vinculação entre tabagismo e doença cardiovascular tem sido demonstrada em várias populações do mundo. O estudo dos sete países (EUA, Finlândia, Holanda, Itália, Croácia, Sérvia, Grécia e Japão) realizados em homens entre 40 e 59 anos mostrou que, após 25 anos, 57,7% das pessoas que fumavam mais de 30 cigarros por dia morreram comparados a

36,3% dos não fumantes. E um estudo de 40 anos de seguimento de médicos ingleses observou um excesso de óbitos por doenças cardiovasculares duas vezes maior entre fumantes.

De forma a discutir os dados obtidos discorreremos a seguir acerca dos dois objetivos propostos por este estudo, sendo a discussão do primeiro objetivo intitulada A Conduta Clínica do enfermeiro em pré-operatório de cirurgia cardíaca: o que mostram os registros da equipe de enfermagem e a do segundo objetivo intitulada: Orientações de Enfermagem no pré-operatório e o Autocuidado do cliente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

IV.2 A Conduta Clínica do enfermeiro em pré-operatório de cirurgia cardíaca: o que mostram os registros da equipe de enfermagem

Discutir a Conduta Clínica encontrada nos registros de enfermagem é mais do que simplesmente comentar os resultados advindos da busca por essa informação. E tratar de um problema ético e legal muito discutido por diversos autores em diversas pesquisas acerca da importância e repercussão dos registros de enfermagem.

Mediante a discussão já exposta no segundo capítulo acerca de nossa concepção sobre o que seria a Conduta Clínica de Enfermagem, defendemos a elaboração e cumprimento da Prescrição de Enfermagem enquanto principal estratégia de atendimento às necessidades de cuidado identificadas pelo enfermeiro apresentadas pelo cliente que será submetido à cirurgia cardíaca pela primeira vez. Sendo assim, prescrever cuidados individualmente é uma forma de transmitir informações relevantes sobre a necessidade de saúde do cliente, planejar as

intervenções, além de ser um método de comunicação importante para promover cuidados de qualidade. Além disso, constitui-se em uma das formas de avaliação da assistência de enfermagem prestada.

Registrando as informações, direta ou indiretamente relacionadas ao tratamento prestado na instituição, o enfermeiro defende a clientela, quando a partir do momento, em que situações, atos, frases e decisões de todos os membros da equipe assistencial e administrativa, são registradas e ficam ao alcance do conhecimento coletivo. Tal registro constitui forte elemento coercitivo para redirecionar e influenciar as ações institucionais e individuais (COSTA, 1994, p. 46).

A elaboração do discurso referente à Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória no cenário em questão teve início nos primeiros prontuários selecionados para coleta de dados.

O cenário aonde ocorreu a coleta dispunha de impresso próprio para elaboração do Plano de Cuidados de Enfermagem (anexo 2). Sendo assim acreditávamos que os dados acerca de uma das etapas da Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória seriam facilmente identificada nessas folhas próprias. No entanto, observamos já de início que o impresso era utilizado primordialmente para registro de sinais vitais e para o registro da equipe de enfermagem no verso da folha (anexo 2), espaço próprio para o registro. Os registros eram elaborados em sua maioria, pelo corpo auxiliar e técnico de enfermagem e detinham-se a descrições sumárias do estado geral do indivíduo.

A face anterior do impresso em discussão intitulava-se Plano de Cuidados de Enfermagem e prestava-se a elaboração da prescrição de enfermagem, registro de sinais vitais e evolução clínica da equipe de enfermagem.

Observamos, ainda, que, mesmo que a aferição dos sinais vitais não estivesse prescrita pelo enfermeiro, os sinais eram registrados pela equipe em espaço próprio no verso da folha e em intervalos temporais que o executante, auxiliar ou técnico de enfermagem, achava necessário, visto que nem sempre havia regularidade nas anotações dos sinais vitais.

Entendemos, assim, que a verificação e registro dos sinais vitais da clientela eram atividades institucionalizadas e percebidas pela equipe de enfermagem como necessárias, porém desvinculadas de uma Prescrição de Enfermagem.

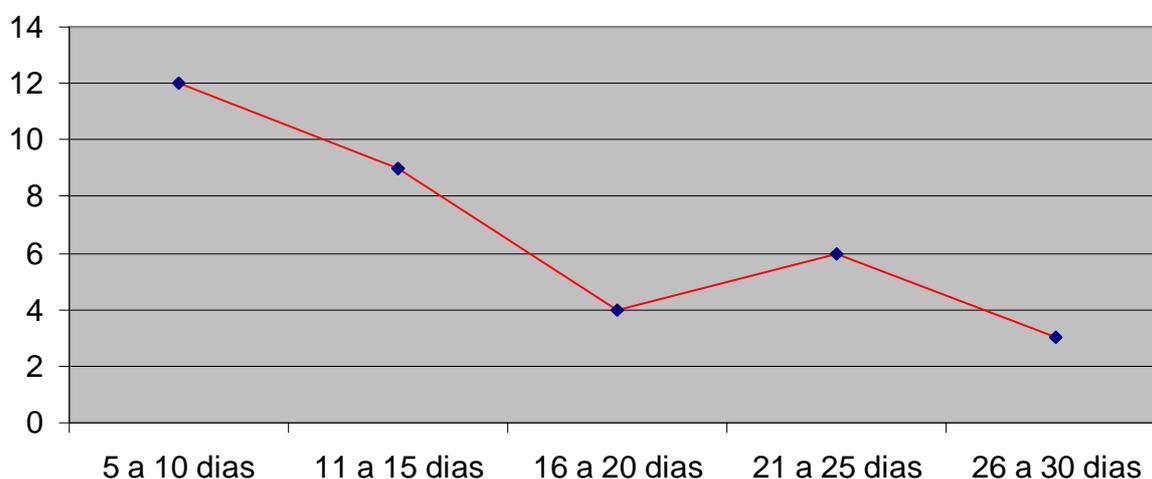
Segundo Costa (1994), embora a consciência da necessidade em se registrar as observações e atividades desenvolvidas tenha ganhado importância perante os enfermeiros, o mesmo não podemos afirmar com relação aos demais integrantes da equipe de enfermagem. As categorias de Técnico e Auxiliar de Enfermagem, ainda hoje mais ligados ao “fazer”, não valorizam ou mesmo sub-valorizam a relevância e qualidade das suas observações e feitos registrados.

A busca por registros concernentes a uma das etapas da Conduta Clínica de Enfermagem pré-operatória ocorreu da data de internação do cliente na instituição até a véspera da realização da cirurgia cardíaca.

Consideramos relevante esta informação, mediante a disponibilidade de tempo que os enfermeiros dispunham para prescrever e instituir cuidados individualizados para os clientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca. Sendo assim, de acordo com o tempo de hospitalização pré-operatória, obtivemos o seguinte resultado:

Gráfico 5

Tempo de hospitalização pré-operatória



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Dos 34 prontuários selecionados, 12 pertenciam a clientes hospitalizados de 05 a 10 dias antes do procedimento cirúrgico, 09 pertenciam a clientes hospitalizados de 11 a 15 dias, 04 pertenciam a clientes hospitalizados de 16 a 20 dias, 06 pertenciam a clientes hospitalizados de 21 a 25 dias e, por fim, 03 pertenciam a clientes hospitalizados de 26 a 30 dias antes do procedimento cirúrgico.

De acordo com o exposto, verificamos que os enfermeiros dispunham de no mínimo 07 dias para prescrever algum cuidado de enfermagem para esses indivíduos que seriam submetidos à cirurgia cardíaca.

Já com relação aos achados nos Planos de Cuidados de Enfermagem, expomos o seguinte resultado:

Quadro 1

Prescrições de cuidados de enfermagem pré-operatórios

Prescrição de Enfermagem	Número de indivíduos submetidos à prescrição de enfermagem
Verificação de sinais vitais 1 a 4vezes/dia: De 01 a 05 dias De 06 a 10 dias De 11 a 20 dias	14 09 04
Verificação de glicemia capilar 4vezes/dia De 01 a 05 dias De 06 a 10 dias	02 02
Pesar em jejum	01
Aplicar calor em bolsa escrotal 3vezes/dia e Manter bolsa escrotal elevada nas 24 horas	01
Orientação quanto à mudança de decúbito e ao repouso no leito	01

Dos 34 prontuários investigados em busca de registros acerca da prescrição de cuidados individualizados, encontramos mediante análise do Plano de Cuidados de Enfermagem apenas 07 prescrições de cuidados direcionados à necessidade apresentada pelo cliente a ser submetido à cirurgia cardíaca. A prescrição de sinais vitais, como discutida anteriormente, pareceu ser uma prática rotineira e talvez o número de vezes em que a aferição estivesse prescrita tivesse relação com uma avaliação clínica do enfermeiro acerca da gravidade do quadro do cliente. A prescrição da glicemia capilar no Plano de Cuidados de Enfermagem esteve associada à prescrição médica de aferição desse parâmetro. O cuidado de enfermagem prescrito

acerca do edema em bolsa escrotal de um dos clientes foi prescrito após o quarto dia de constatação pela equipe de enfermagem do referido edema. O último item se relacionou ao déficit de mobilidade apresentado pelo cliente constatado pelo enfermeiro, sendo o cuidado prescrito no mesmo dia.

Dentre os cuidados prescritos, observamos que a aferição de sinais vitais pareceu ser uma das maiores preocupações dos enfermeiros em virtude do número de ocorrências. Ou seja, dos 34 indivíduos que tiveram o prontuário selecionado, 27 apresentaram em algum momento do período pré-operatório ao menos uma prescrição de sinal vital comparadas às demais prescrições, que beneficiaram apenas 03 clientes.

O resultado obtido nos fez pensar na possibilidade de existência de uma grande deficiência nos registros quanto aos cuidados de enfermagem prescritos.

Costa (1994) descreve que, ao indagar os profissionais Enfermeiros sobre o critério adotado para a realização ou não do registro, as respostas são evasivas e a falta de tempo é o motivo quase sempre apresentado, o que demonstrar a falha do profissional em relação à observância de aspectos legais, levando a pensar que não existe valorização por parte da maioria dos profissionais de enfermagem.

Mediante o tempo de hospitalização ao qual os clientes foram submetidos antes do procedimento cirúrgico e o número de registros encontrados acerca dos cuidados de enfermagem prescritos no período pré-operatório, obtivemos o seguinte:

Gráfico 6

Tempo disponível e cuidado pré-operatório prescrito



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Pretendemos expor através do gráfico acima o tempo que os enfermeiros dispunham no pré-operatório para prescrever cuidados de enfermagem a seus clientes. Visto que em geral a prescrição era feita diariamente. No entanto, constatamos que dos 495 dias possíveis para que a prescrição de enfermagem fosse feita, em apenas 243 foram encontrados cuidados de enfermagem pré-operatórios prescritos.

Esse resultado nos conduziu ao forte questionamento acerca da necessidade em ressaltarmos a importância do registro de enfermagem, dos cuidados individualizados prescritos e das implicações éticas e legais advindas da incompletude numérica de registros obtidos acerca da prescrição de enfermagem pré-operatória.

(...) o registro de enfermagem é de fato e de direito a forma escrita e legal de documentar de modo claro e objetivo, os fatos e informações possíveis e acidentais das ações de enfermagem. Cabe-nos, portanto a

responsabilidade de destacar, do Código de Ética dos profissionais de enfermagem, que no preâmbulo, aborda: “O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político (COSTA, 1994, p. 62).

Inúmeras poderiam ser as justificativas para esse resultado, a exemplo do número insuficiente de enfermeiros para a demanda de cuidados e a execução primeira das atividades consideradas mais urgentes por esses profissionais. Além do escasso número de profissionais, os cuidados prestados pela equipe poderiam ser prestados de acordo com a demanda dos clientes, não havendo o entendimento da necessidade de Prescrição de Enfermagem para que as tarefas fossem executadas. E ainda, seguindo a lógica da indisponibilidade de se prescrever o cuidado, os profissionais que executariam o cuidado considerariam a individualidade do cliente, porém o fato não resultaria em prescrição diferenciada de cuidado, ou ainda não registrariam essas “variações do cuidado”.

Considerando o valor cultural atribuído às condutas médicas em detrimento das demais condutas terapêuticas propostas pela equipe multidisciplinar, Rossi e Casagrande (2001) consideram com relação à conduta do Enfermeiro diante da individualidade do cliente:

O contexto hospitalar em que os enfermeiros têm tentado desenvolver o Processo de Enfermagem tem se caracterizado pela ideologia de dominação da medicina e pelas estruturas de poder da Instituição que reforçam o poder do médico e mais recentemente, dos administradores. O médico tem como seus aliados todos os integrantes do poder: a ideologia e a tecnologia. A enfermagem tem se caracterizado por ocupar uma posição de subordinação na Instituição que, na maioria das vezes, adota uma forma de organização burocrática, valorizando a especialização e o controle, e favorecendo a manutenção do foco de atenção da enfermagem na execução das tarefas, e não no atendimento da pessoa. (p.45).

É pungente considerarmos a importância da comunicação escrita diante dos resultados advindos da análise dos registros acerca do cuidado de Enfermagem prescrito.

(...) a maior parte do que é dito e feito pela enfermagem fica fora de qualquer documentação escrita e, dessa forma, no esquecimento, pois informação que não for registrada é informação que, seguramente, será perdida e, sendo perdida, não será contabilizada; não podendo ser contabilizada, mais dificilmente será reconhecida. Este aspecto demonstra a negligência da enfermagem para com a sua própria prática, pela constatação da insuficiente documentação ou registro das experiências ocorridas, no decorrer da jornada de trabalho. (FILHO e LUNARDI, 1997, p. 65).

O resultado obtido mediante os registros ressalta indiretamente a importância das demais especialidades assistenciais que buscam divulgar sua finalidade terapêutica principal de prestar um cuidado individualizado. Incongruência diante da realidade dos profissionais de enfermagem permanecerem em contato constante com a família e com o cliente e conhecerem sobremaneira as particularidades desse binômio. Resta-nos, no entanto, saber se os profissionais de enfermagem reconhecem a grandeza desse conhecimento diante de sua prática assistencial.

IV.3 Orientações de Enfermagem no pré-operatório e o Autocuidado do cliente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A Prescrição de Enfermagem, enquanto uma das etapas da Conduta Clínica do enfermeiro tem como finalidade estimular a independência do indivíduo com relação aos cuidados de enfermagem, fato este comprovado em um estudo realizado por Lima et al (2007) com portadores de HIV infartados. Nesse estudo foi demonstrado que para a realização do Autocuidado não é necessário apenas que o paciente reconheça a sua importância, mas, acima de tudo, decida pelo Autocuidado. No entanto, para que o indivíduo adote o Autocuidado é necessário que se incentive, estimule, auxilie e ensine medidas para o Autocuidado, o que pode ser feito através de um plano de cuidados individualizado.

No entanto, os resultados neste estudo apontaram que o registro acerca da prescrição de enfermagem, é uma prática pouco freqüente dos enfermeiros que assistem clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca. De forma a prosseguir com a análise dos possíveis problemas de enfermagem decorrentes da inexistência de

cuidados de enfermagem prescritos, recorreremos a um achado relevante durante a coleta de dados.

Diante da descoberta da existência da rotina institucional de Orientação Pré-operatória, buscamos viabilizar a utilização dos prontuários já selecionados para a discussão das implicações das Orientações pré-operatórias para clientes a serem submetidos à cirurgia cardíaca. Sendo assim, a análise dos dados obtidos desses prontuários foi realizada de forma comparativa, descrevendo e discutindo os resultados entre dois grupos de prontuários: Um grupo de prontuários que pertenciam a clientes que foram submetidos às Orientações pré-operatórias comentadas anteriormente e um grupo de prontuários que pertencia a clientes não Orientados no período pré-operatório.

Para que a análise dos dados fosse realizada comparativamente, tornou-se necessária a exclusão de dois formulários de coleta para que os dois grupos de comparação contivessem o mesmo número de prontuários.

Segundo George (2000), de acordo com o pressuposto de Orem, todos nós demandamos Autocuidado a todo o momento e, quando essas demandas não são suprimidas através de atividades desenvolvidas por nós, adquirimos uma condição de déficit de Autocuidado. Esse déficit deve ser restabelecido através de medidas de ajuda direta ou indireta, apoio ou educação. E são os déficits de Autocuidado os elementos geradores de vários diagnósticos de enfermagem cujo prognóstico requer rápida intervenção.

Como comentado anteriormente, neste estudo procuramos discutir os achados referentes a alguns elementos indicativos de Autocuidado manifestado pelo cliente em pós-operatório e que foram passíveis de identificação mediante o registro da equipe de Enfermagem. Sendo assim, foram selecionados os seguintes elementos indicativos de

Autocuidado: o despertar dos clientes no pós-operatório imediato, a comunicação com a equipe de enfermagem, o sono e o repouso dos clientes, a aceitação da dieta e a mobilização dos clientes. Os dados foram coletados do pós-operatório imediato ao quinto dia após a cirurgia. Além destes elementos, trouxemos ao final da discussão os achados referentes ao tempo de permanência na Unidade de Tratamento Cardiointensiva Cirúrgica e o tempo total de hospitalização ao qual estes clientes foram submetidos.

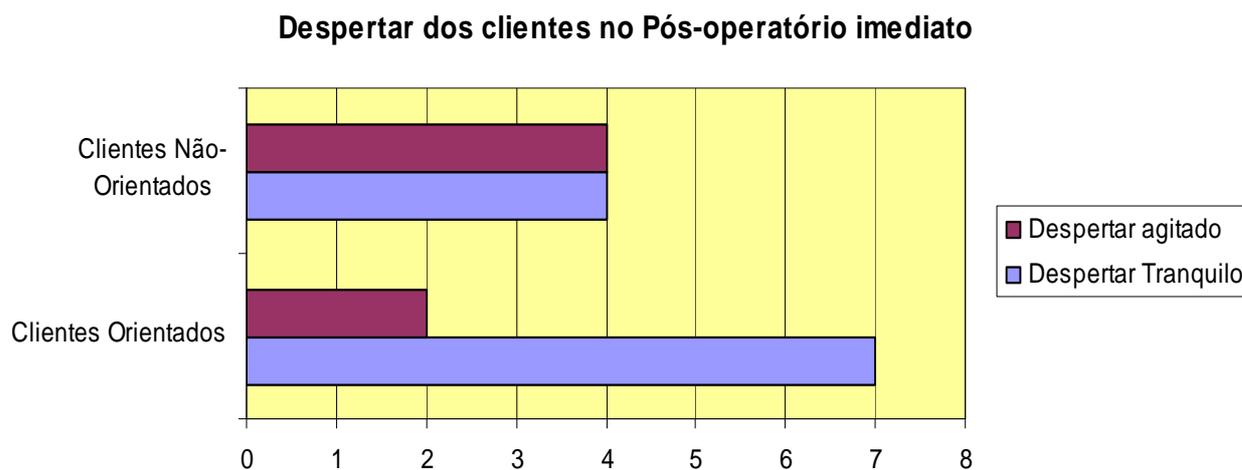
A escolha por esses elementos deu-se mediante a existência de alguns Diagnósticos de Enfermagem, segundo NANDA 2005-2006, existentes em pós-operatório de cirurgia cardíaca condizentes com os indicadores escolhidos para análise e já mencionados na fundamentação teórica em capítulo que trata da Conduta Clínica frente aos problemas de enfermagem pós-operatórios. Sendo assim, o despertar dos clientes no pós-operatório imediato esteve intimamente relacionado aos Diagnósticos de Enfermagem de Adaptação prejudicada, Ansiedade, Conhecimento Deficiente e Síndrome do estresse por mudança; todos esses diagnósticos estão por sua vez relacionados à falta de conhecimento e informação acerca desse novo ambiente. Assim como a Comunicação com a equipe de enfermagem esteve diretamente relacionada ao Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação Verbal Prejudicada, influenciada por sua vez também pela falta de informação pré-operatória. O indicador Sono e repouso referiu-se ao Diagnóstico de Enfermagem: Privação do sono, ocasionada pelo desconforto físico e psicológico provocado pelo ambiente desconhecido e fatores estressores. Com relação à Aceitação da dieta, inferimos que esteve relacionada ao Déficit no Autocuidado para a alimentação, ocasionado possivelmente pela mudança de ambiente, dor e diminuição da motivação para alimentação. Já o indicador Mobilização

referiu-se ao Risco de intolerância a atividade e à Mobilidade física prejudicada, diagnósticos relacionados à falta de conhecimento com relação à importância da realização das atividades propostas.

Tornou-se importante ressaltarmos a fragilidade reconhecida por nós em avaliarmos o impacto de uma intervenção de Enfermagem que é a Orientação pré-operatória, quando dela dependemos da relação Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) por parte dos clientes que a ela foram submetidos. E embora aceitemos as Orientações prestadas pela Enfermeira da referida instituição como um bom padrão de Orientação pré-operatória, não podíamos negligenciar a existência desta importante variável, CAP, e suas implicações para constatação ou não da efetividade dessas Orientações.

Quanto ao resultado acerca do Despertar pós-operatório dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca evidenciado nos registros de enfermagem obtivemos:

Gráfico 7



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Dos 16 prontuários analisados que continham informações acerca dos clientes orientados pela enfermeira no pré-operatório, 07 apresentaram registro de despertar tranqüilo e 02 apresentaram registro de despertar agitado. Os demais prontuários, 07, não continham relato a respeito desse elemento. Dos 16 prontuários pertencentes a clientes não orientados, 04 continham registro de despertar tranqüilo de seus clientes e 04 continham registro de despertar agitado, sendo 08 o número de prontuários que não apresentavam relato acerca desse elemento.

De acordo com o gráfico acima, observamos que 78% dos registros apontaram para um despertar tranqüilo no grupo de clientes orientados e 22% dos registros apontaram para despertar agitado. No grupo de clientes não orientados 50% apontaram para despertar agitado e igual percentual para despertar tranqüilo, fato que nos permitiu afirmar que, diante da Orientação Pré-operatória prestada pela enfermeira na reunião pré-operatória, o despertar dos clientes foi mais tranqüilo comparado ao dos clientes que não receberam as orientações.

Vale ressaltar que, em todos os prontuários analisados, os clientes que apresentaram agitação ao despertar, total de 06, apresentavam registros de necessidade de contenção de membros superiores, bem como contenção química através do uso do haloperidol; antipsicótico comumente utilizado nos distúrbios de comportamento (AME 2005-2006, p.410).

E, ainda, após aproximadamente seis horas da primeira dose de haloperidol administrada, é possível observarmos o aparecimento de sinais de agitação ou vontade de manter-se em movimento. Esse sinal, chamado acatisia, é de difícil diferenciação de

uma nova agitação psicótica, o que comumente resulta na administração de uma nova dose de haloperidol (AME 2005-2006, p. 411).

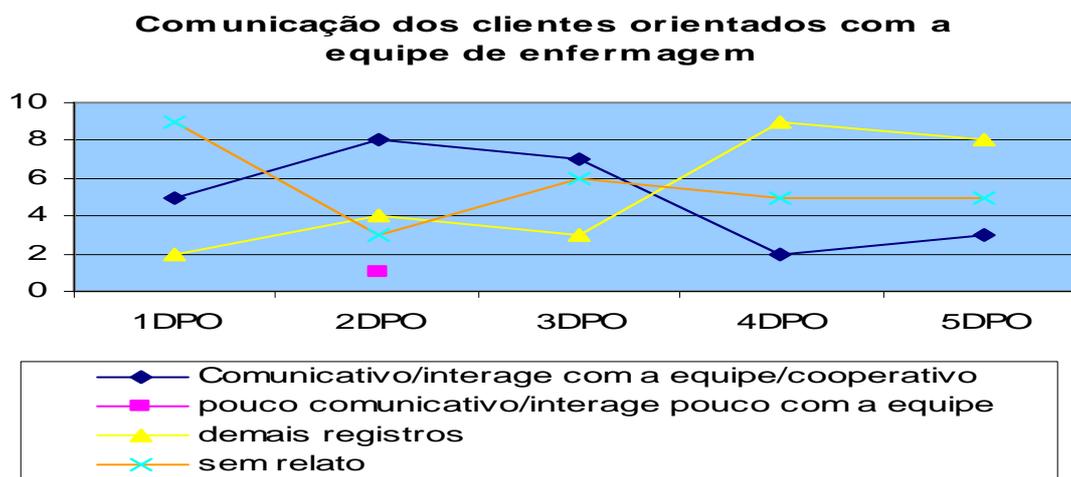
A conduta da equipe verificada diante do despertar agitado implicou conseqüentemente num retardo na recuperação desse indivíduo, visto que quanto maior o tempo de nível de consciência alterado, maior o tempo de ventilação mecânica e conseqüentemente maiores foram as possibilidades de complicação associadas a essa modalidade ventilatória.

Quanto à abordagem utilizada no momento de crise por estresse, Potter e Perry (1998) argumentam que o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer uma comunicação efetiva com o cliente de forma que possa ouvir suas preocupações e ajuda-lo a desenvolver métodos de enfrentar os fatores estressores. Esses métodos incluem a instrução acerca dos recursos que podem ser efetivos na resolução do problema e sua utilização sempre que necessária.

A importância de um despertar tranquilo sobrevém diante dos retrocessos provocados diante de um despertar agitado. É possível colaborar para a preservação da integridade física e mental de nossos clientes através da informação e familiarização com esses fatores estressores já no período pré-operatório, o que poderia ter sido feito através da Orientação de Enfermagem Pré-operatória.

Quanto à comunicação dos clientes orientados com a equipe de enfermagem, obtivemos com base nos registros:

Gráfico 8



DPO - Dia de pós-operatório

Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Observamos durante a coleta de dados que os profissionais de enfermagem relatavam a comunicação cliente/equipe apenas como uma relação de cooperação/interação/comunicação, termos que para nós caracterizavam a comunicação verbal. No entanto, outros termos utilizados pela equipe foram evidenciados durante a coleta cujas definições eram pouco claras. Sendo assim, optamos por reunir os registros: sem queixas, responde a solicitações verbais e queixa-se de algo, em um só termo discriminado no gráfico como demais registros. Definimos, dessa forma o entendimento do porquê da utilização desses termos pela equipe exigiriam novos esforços metodológicos para compreender sua utilização.

Quanto ao primeiro e segundo termo, acreditamos que fazem referência à frequência com que os clientes se comunicavam com a equipe, sendo assim, um cliente comunicativo ou que interage com a equipe ou ainda comunicativo seria aquele que se comunicaria verbalmente constantemente com a equipe e aquele pouco comunicativo ou que interagia pouco com a equipe seria aquele cliente que estabelecia uma comunicação verbal menos freqüente que o cliente comunicativo. Já os demais registros, representaram para nós uma comunicação pouco compreendida pela equipe, no entanto não menos presente, pois manifestariam uma resposta verbal do cliente para com a equipe que o assistia.

No primeiro dia de pós-operatório (DPO) 05 registros apontaram para clientes comunicativos, 09 prontuários não apresentavam registro sobre a comunicação e 02 apresentaram demais registros. No segundo DPO, 08 registros apontaram para clientes comunicativos, 01 para cliente pouco comunicativo, 04 para demais registros e em 03 prontuários não encontramos registro sobre a comunicação. No terceiro DPO observamos 07 registros de clientes comunicativos, 03 apontaram para demais registros e em 06 prontuários não encontramos registro. No quarto DPO obtivemos 02 registros apenas de clientes comunicativos, 09 demais registros e em 05 prontuários não havia registro. E, finalmente, no quinto DPO havia 03 registros de clientes comunicativos, 08 prontuários apontavam para demais registros e em 05 não encontramos registro.

Concluimos com a análise dos registros acerca da comunicação em cinco dias de pós-operatório que a ausência de registro ainda foi grande e representou mais de 30% das possibilidades de registro. Existiu uma progressão nos demais registros com relação ao registro de clientes comunicativos/interativos e cooperativos com o passar

dos dias. Nos segundos e terceiros DPOs o número de clientes comunicativos atingiu seu pico. A média de registros concernentes a clientes comunicativos foi de 31% e com relação aos demais registros foi de 33%.

Com relação aos achados acerca da comunicação no grupo de prontuários pertencentes a clientes não orientados, obtivemos:

Gráfico 9



DPO – Dia de pós-operatório

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2008.

Observamos no primeiro DPO que 08 registros referiram-se a demais registros, 04 referiram-se a clientes comunicativos e 04 prontuários não apresentaram registro acerca da comunicação do cliente com a equipe de enfermagem. No segundo DPO, 10 prontuários referiram-se a demais registros, 04 referiram-se a clientes comunicativos e 02 não possuíam relato. No terceiro DPO, 12 prontuários apontaram para demais registros, 02 apontaram para clientes comunicativos e 02 não apresentaram relato. No quarto DPO, 06 prontuários não apresentaram registro, 05 apontaram para clientes

comunicativos e 05 apontaram para demais registros. No quinto DPO, 09 prontuários não apresentaram relato, 04 apresentaram demais registros e 03 apontaram para clientes comunicativos.

Desta forma, concluímos que, diferentemente do grupo de clientes orientados, no grupo de clientes não orientados o número de “demais registros” apresentou pico nos segundo e terceiro DPOs. Assim como houve uma progressão na ausência de registros ao passar dos cinco dias e, estatisticamente, o número de registros concernentes a clientes comunicativos/cooperativos e interativos foi menor do que no grupo de clientes orientados. A média de registros que apontaram para clientes comunicativos foi de 22% e, com relação aos demais registros, a média foi de 49%. A ausência de registros foi discretamente menor nesse grupo, representando aproximadamente 29% dos prontuários.

Ao observarmos os resultados dos registros dos dois grupos, depreendemos que as Orientações Pré-operatórias de Enfermagem foram responsáveis por um maior número de registros que apontaram para clientes comunicativos/ cooperativos e interativos, aproximadamente 10% a mais que no grupo de clientes não orientados. No entanto, o número de “demais registros” no grupo de clientes não orientados foi 16% maior nesse grupo.

O registro concernente aos demais registros representou de alguma forma uma lacuna para compreensão do resultado acerca do elemento comunicação do cliente com a equipe de enfermagem em virtude de implicar na incompreensão da real utilização desses termos ao se referirem aos clientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Para Potter e Perry (1998), ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, o processo de comunicação não é um conjunto de informações que o profissional

memoriza e põe em prática, mas sim, um processo bastante complexo que exige um emprego vasto de vários princípios.

Sendo assim, profissionais e clientes devem ter conhecimento das diversas possibilidades de transmissão de informação. E no que se refere ao ambiente de terapia intensiva, a forma como a comunicação pode ser estabelecida deve ser bem esclarecidas para o cliente que dependerá do entendimento do profissional para auxiliá-lo a satisfazer sua necessidade.

Uma questão que nos chamou atenção foi o registro utilizado por um dos profissionais ao se referir a um cliente enquanto “queixoso e gemente”. De forma que, ao explorarmos a etimologia dessas palavras, obtivemos que queixoso significa que se queixa e gemente significa aquele que geme (FERREIRA, 2004, p. 372 e 610).

Ambos os vocábulos necessitam de uma continuidade de discurso para que tenham sentido por serem provenientes de verbos que exigem um objeto para o que se referem. Ou seja, definir um cliente como queixoso e gemente implica dizer que ele se queixa de algo e exprime dor, moral ou física, com voz chorosa (FERREIRA, 2004, p. 372 e 610).

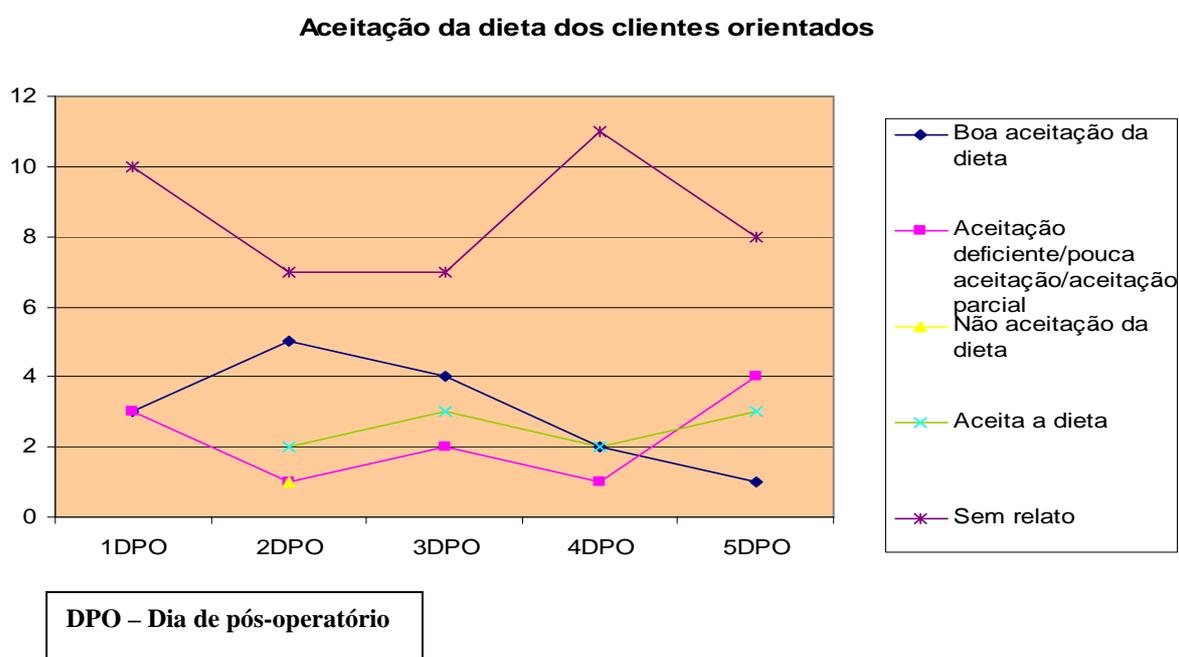
Consideramos relevante refletir se os registros encontrados acerca de desconforto ou dor ou estado de queixas e gemidos não são uma prova concreta de que o cliente busca estabelecer um meio de comunicação com a equipe de enfermagem.

A proposta de avaliação dos efeitos das Orientações de Enfermagem pré-operatória sobre o estado de sono e repouso apresentados pelos clientes que tiveram os prontuários analisados não pode ser concretizada, visto que, dos 32 prontuários analisados apenas um prontuário apresentou um registro acerca de sono prejudicado

apresentado por um cliente que não recebeu as orientações no pré-operatório. Os demais prontuários, 31, não apresentaram referência alguma com relação a este elemento. O que para nós já apontou um resultado desfavorável com relação à relevância que esse elemento teria para o registro pós-operatório da equipe de enfermagem.

Quanto ao indicador Aceitação da dieta no pós-operatório, obtivemos o seguinte resultado:

Gráfico 10



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Com base no gráfico, podemos observar a existência do registro: aceita a dieta e, assim, o mantivemos devido à impossibilidade em definirmos se esse termo referia-se à boa aceitação da dieta ou ao simples registro de aceitação, porém sem uma avaliação quanto a seu percentual.

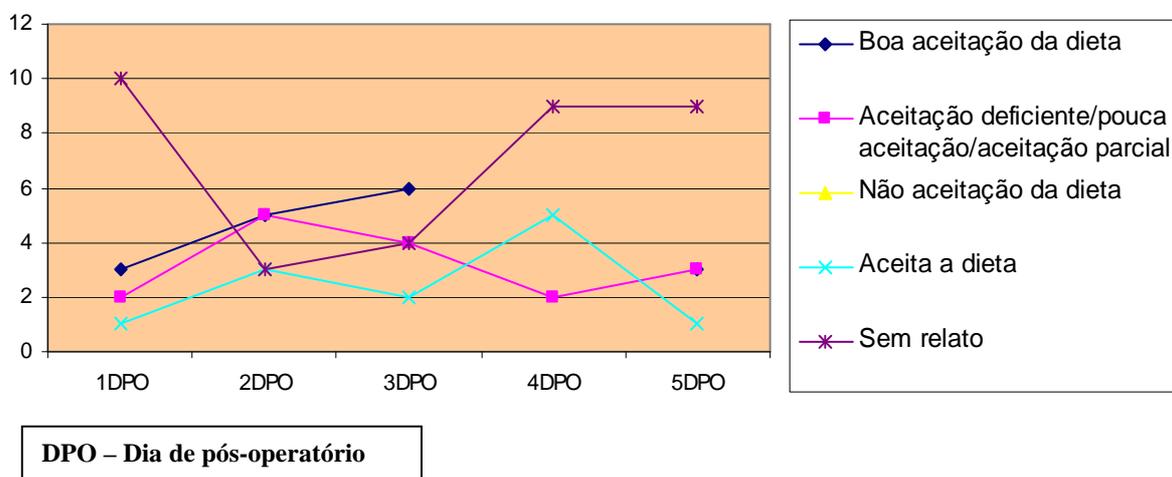
Os registros apontaram que no primeiro DPO, 10 prontuários não apresentaram registro acerca da aceitação da dieta, 03 prontuários apontaram para boa aceitação e 03 prontuários apontaram para baixa aceitação da dieta. No segundo DPO, 07 prontuários não apresentaram registro acerca da aceitação da dieta, 05 registros apontaram para boa aceitação, 02 registros apontaram para aceitação e 01 registro de baixa aceitação. No terceiro DPO, 07 prontuários não apresentaram registro com relação a este elemento, 04 registros apontaram para boa aceitação da dieta, 03 apontaram para aceitação da dieta e 02 para aceitação deficiente. No quarto DPO, 11 prontuários não apresentaram registro sobre aceitação da dieta, 02 apontaram para boa aceitação e 02 apontaram para aceitação apenas e 01 prontuário apontou baixa aceitação. No quinto DPO, 08 prontuários não apresentaram registro, 04 apontaram para baixa aceitação da dieta, 03 para aceitação somente e 01 para boa aceitação.

De acordo com o gráfico, podemos inferir que o pico de melhor aceitação da dieta para os clientes orientados foi no segundo de DPO e, posteriormente, o número desse registro sofreu decréscimo. O número de registros acerca da aceitação deficiente e somente aceitação sofreram as mesmas variações entre os segundo e quarto DPOs. A boa aceitação da dieta foi verificada em média em apenas 19% dos prontuários dos clientes orientados.

Com relação aos registros referentes à aceitação da dieta pelos clientes não-orientados nos cinco dias de pós-operatório, obtivemos:

Gráfico 11

Aceitação da dieta dos clientes não- orientados



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

De acordo com o gráfico, no primeiro DPO, 10 prontuários não apresentaram registro, 03 registros apontaram para aceitação da dieta, 02 apontaram para aceitação deficiente e 01 para aceitação somente. No segundo DPO, 05 prontuários apontaram registros de boa aceitação da dieta, 05 referiram-se a baixa aceitação, 03 prontuários não apresentaram registro e 03 apontaram para aceitação da dieta somente. No terceiro DPO, 06 prontuários apontaram boa aceitação da dieta, 04 apontaram baixa aceitação e 04 não apresentaram registro e 02 prontuários apresentaram registro de aceitação da dieta apenas. No quarto DPO, 09 prontuários não apresentaram registro, 05 apontaram aceitação da dieta somente e 02 apontaram baixa aceitação. No quinto DPO, 09 prontuários não apresentaram registro, 03 apontaram baixa aceitação da dieta e 01 aceitação somente.

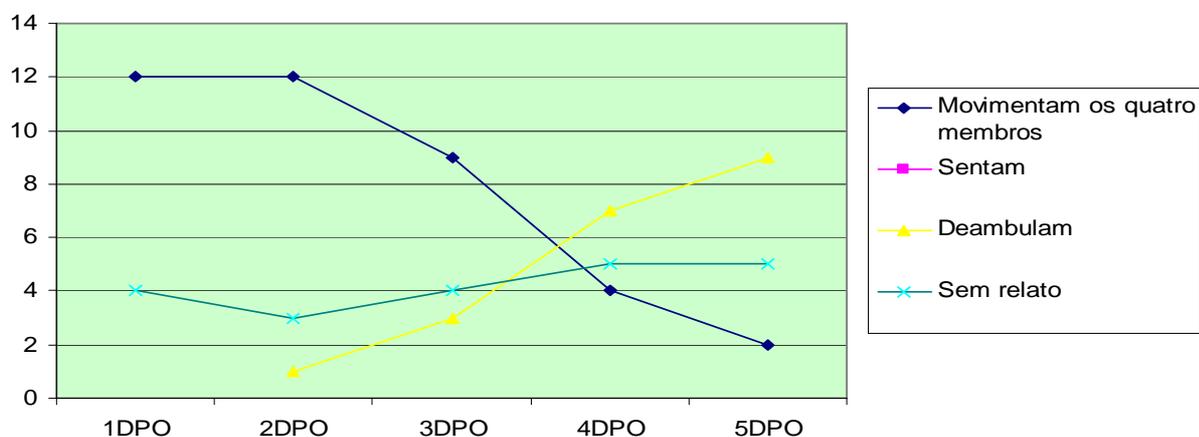
O melhor registro de boa aceitação da dieta ocorreu no terceiro DPO e em média 17% dos prontuários de clientes não orientados, em média, observamos a boa aceitação da dieta. Observamos que o número de registro acerca da aceitação deficiente da dieta foi em média 6% maior nesse grupo quando comparado ao grupo dos clientes orientados.

Com base na observação dos cinco dias de registro do elemento aceitação da dieta, podemos inferir que a orientação pré-operatória não proporcionou resultados visíveis com relação à melhor aceitação da dieta, sendo a diferença entre os dois grupos de apenas 2%. A baixa aceitação da dieta foi maior no grupo dos não orientados. Quanto à ausência de registros em ambos os grupos, verificamos que ela supera até mesmo o déficit de registro com relação aos demais elementos já discutidos, como o despertar dos clientes em pós-operatório e a comunicação dos clientes com a equipe de enfermagem, de forma que a ausência de registros ocorreu em média em 50% dos prontuários de ambos os grupos.

Quanto aos registros referentes à mobilidade dos clientes orientados, os dados apontaram:

Gráfico 12

Mobilidade dos clientes orientados



DPO – Dia de pós-operatório

Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

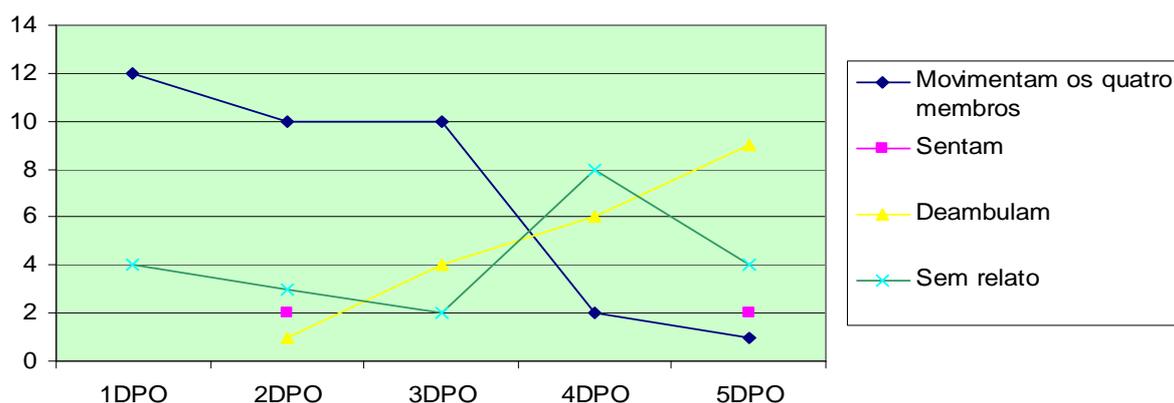
No primeiro DPO, 12 prontuários apontaram para registro de clientes que movimentavam os quatro membros e 04 não apresentaram registro. No segundo DPO, 12 prontuários apontaram para clientes que movimentavam os quatro membros, 03 não apresentaram registro e 01 apontou para cliente que deambulava. No terceiro DPO, 09 prontuários apresentaram registro de clientes que mobilizava os quatro membros, 04 prontuários sem registro e 03 apontaram para clientes que podiam deambular. No quarto DPO, 07 clientes deambulavam com base nos registros, 04 mobilizavam os quatro membros e 05 prontuários não possuíam registro. No quinto DPO, 09 clientes deambulavam com base nos registros, 05 prontuários não possuíam registro e dois apontaram para clientes que movimentavam os quatro membros.

Observamos claramente de acordo com o gráfico que, a partir do segundo DPO, o número de clientes que podiam movimentar os quatro membros decresceu inversamente ao número de cliente que podiam deambular a partir também do segundo DPO. Isso representou um bom prognóstico de enfermagem para esses clientes. Não houve registro de clientes que podiam sentar e a ausência de registro representou cerca de 26% dos prontuários.

Quanto à mobilidade dos clientes que não foram orientados, os registros apontaram:

Gráfico 13

Mobilidade dos clientes não orientados



DPO – Dia de pós-operatório

Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

No primeiro DPO, 12 prontuários registraram que os clientes movimentavam os quatro membros e em 04 não foram encontrados registro. No segundo DPO, 10 prontuários apontaram para clientes que movimentavam os quatro membros, 02 podiam sentar, 01 deambular e em 03 não encontramos registro. No terceiro DPO, 10

prontuários apontaram para clientes que podiam movimentar os quatro membros, 04 podiam deambular e em 02 não encontramos registro. No quarto DPO, 08 prontuários não apresentaram registro, 02 clientes podiam movimentar os quatro membros e 06 podiam deambular. No quinto DPO, 09 registros apontaram para clientes que podiam deambular, 04 prontuários não apresentaram registro, 01 cliente movimentava os quatro membros e 02 podiam sentar.

Ao visualizarmos o gráfico conseguimos perceber a progressão no número de clientes que podiam deambular a partir do segundo dia de pós-operatório. Nesse grupo surgiram quatro registros de clientes que podiam sentar e o número de clientes que movimentavam os quatro membros decaiu a partir do terceiro DPO.

Comparativamente, podemos inferir que a progressão no número de clientes que podiam deambular a partir do segundo DPO foi semelhante nos dois grupos, assim como o decréscimo no número de clientes que movimentavam os quatro membros.

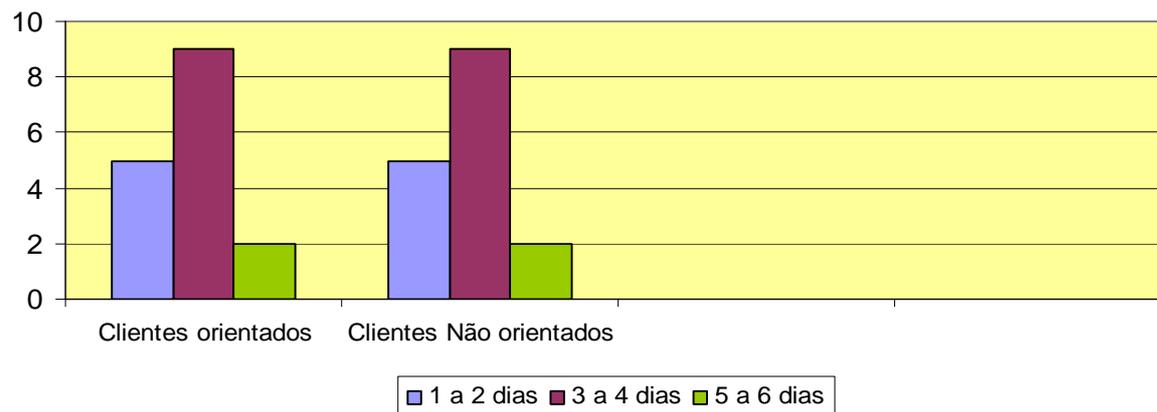
Em ambos os grupos observamos a mesma média de ausência de registros acerca da mobilidade dos clientes do primeiro ao quinto DPO, 26%. Depreendemos que as orientações pré-operatórias não implicaram em um melhor prognóstico com relação à mobilidade, visto que em ambos os grupos a média de clientes que deambularam até o quinto DPO foi exatamente a mesma e esses números tiveram progressão a partir do mesmo dia.

Em geral os registros concernentes à possibilidade de movimentação dos quatro membros dos clientes referiram-se a clientes que ainda estavam sob os cuidados da equipe de tratamento cardiointensivo cirúrgico, o que implicaria dizer que o número de clientes que podiam movimentar os quatro membros seria proporcional ao número de clientes que permaneciam ainda na UTCIC.

Podemos comprovar esse fato com o gráfico adiante:

Gráfico 14

Tempo de permanência na UCIC



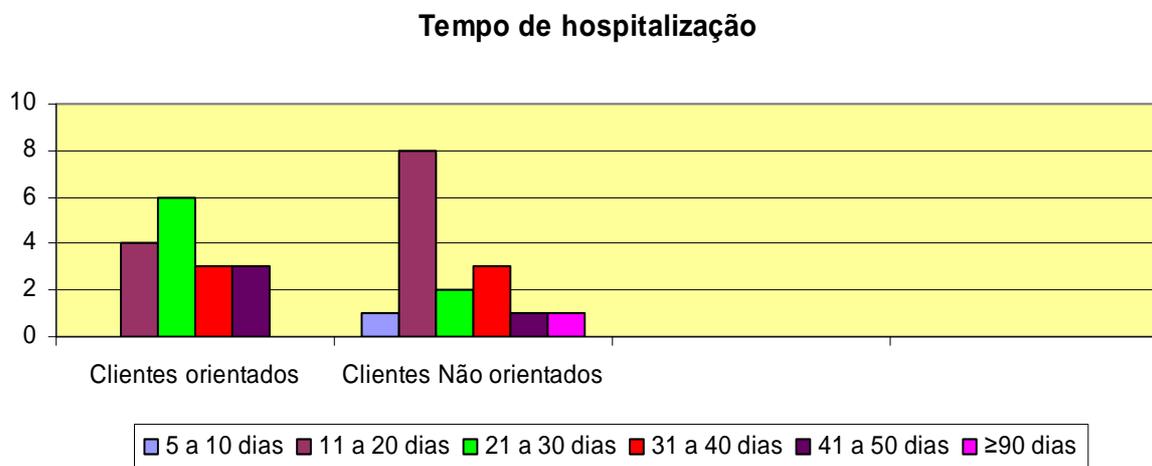
Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

Ao observarmos o gráfico acima, concluímos que o tempo de permanência de clientes orientados e não orientados foi estatisticamente igual, o que confirmou o achado acerca da progressão na capacidade de mobilidade dos clientes a partir do segundo dia de pós-operatório.

Com relação ao tempo de permanência na UTCIC, as orientações de enfermagem pré-operatórias não implicaram em menor tempo comparado ao grupo de clientes que não receberam as orientações.

Com relação ao tempo total de hospitalização, os registros apontaram que:

Gráfico 15



Fonte: Instrumento de produção de dados, 2008.

De acordo com o gráfico e através do cálculo da média, podemos inferir que, embora exista pouca a diferença entre os dois grupos, o tempo médio de hospitalização dos clientes orientados foi maior do que no grupo dos não orientados.

O tempo médio de hospitalização no grupo de clientes orientados foi de 28 dias e de 26 dias no grupo de clientes não orientados.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a discussão em que este estudo foi pautado partiu de uma questão bastante pungente na atualidade. Diante de tantos avanços tecnológicos, é difícil identificar qual o tipo de tecnologia priorizada pelo enfermeiro no cuidado ao cliente submetido à cirurgia cardíaca. Desde os primórdios, a assistência a esses clientes é permeada pela utilização maciça das tecnologias duras tornando a Conduta Clínica refém quase que exclusivamente nos resultados advindos da monitorização hemodinâmica desse cliente. São poucas as ocasiões em que pautamos nossa assistência no conhecimento das alterações advindas dos desequilíbrios psicoemocionais tão comuns no pós-operatório e detectadas à luz do exame físico, por exemplo.

Os numerosos avanços tecnológicos exercem fascínio nos profissionais de saúde e criam novas oportunidades de atuação para os enfermeiros. Acreditamos que essa seja uma das razões que tem conduzido equipes inteiras a supervalorizarem o período intraoperatório e pós-operatório em detrimento da importância do período que o antecede. A supervalorização desses momentos empobrece as possibilidades de atuação pré-operatória da equipe de enfermagem, que permanece longos dias com clientes que aguardam a cirurgia internados num quarto de enfermaria.

Estimular a participação ativa do cliente em seu restabelecimento pode ser uma forma de resgatar a dignidade de pessoas que estão sob o regime da hospitalização e que dependem de outras pessoas para satisfazerem suas necessidades.

Muitas foram as questões advindas da tentativa de responder aos objetivos propostos por este estudo: 1. Verificar nos prontuários dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca, os registros de enfermagem concernentes à prescrição de cuidados pré-operatórios; 2.

Descrever a relação entre o Cuidado de Enfermagem pré-operatório prescrito e o Autocuidado manifestado pelos clientes submetidos à cirurgia cardíaca.

O primeiro desafio foi definir o que seria a Conduta Clínica de Enfermagem e em, segundo lugar, de que forma poderíamos melhor avaliar o papel das Orientações de Enfermagem pré-operatórias para os clientes submetidos à cirurgia cardíaca, buscando, desse modo, a interface adequada à nossa questão norteadora: *de que forma as Orientações de Enfermagem Pré-operatórias podiam melhorar o prognóstico de enfermagem dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca?*

As bases de dados investigadas no intuito de fomentar e fortalecer nossa discussão acerca da Conduta Clínica de Enfermagem e o Autocuidado, como Scielo, pubmed, Medline, Bdenf, Lilacs e Adolec, mostraram que os trabalhos publicados abordam o Autocuidado para clientes submetidos à cirurgia cardíaca de forma fragmentada e o termo Conduta Clínica ainda não são discutidos pelos enfermeiros. Poucos são os artigos que discutem a elaboração do Plano de Cuidados pautado nas necessidades dos clientes a serem submetidos à cirurgia cardíaca e ainda menos é discutido acerca das implicações das Orientações de Enfermagem Pré-operatórias na redução de problemas de enfermagem pós-operatórios.

Verificamos, neste estudo, que a elaboração do Plano de Cuidados de Enfermagem, uma das etapas da Conduta Clínica do enfermeiro, é uma atividade pouco constatada nos prontuário dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca. Diante da carência de registros, inferimos que a equipe de Enfermagem estuda nesta pesquisa, em sua totalidade, mantêm padrões empobrecidos de registro desde os primórdios da enfermagem, que, em certa medida, encontram-se discutidos pela literatura e que foram confirmados por este estudo.

Não podemos negligenciar os esforços da Instituição selecionada em manter os ideais de registro de enfermagem, o que fica claro nos encontros e reuniões institucionais periódicas e na disponibilidade de impressos produzidos no intuito de facilitar o registro da equipe.

Um dos achados de grande importância neste estudo foi à descoberta da Reunião Pré-operatória, e que contava em especial com a participação de uma única Enfermeira que, há três anos, desempenhava a função de “prescrever” a todos os clientes a serem submetidos à Revascularização do Miocárdio a participação nessa Reunião semanal. E, em virtude desse achado, foi criado um grupo de comparação para que fosse possível avaliar o impacto das Orientações de Enfermagem pré-operatórias para os clientes a elas submetidos.

Assim, os seguintes resultados foram evidenciados: 1- os registros apontaram uma diferença de 28% quanto ao despertar tranquilo no grupo de clientes orientados comparado ao não orientado, o que nos permitiu inferir que, diante da Orientação Pré-operatória prestada pela enfermeira, o despertar dos clientes apresentou-se mais tranquilo; 2- Quanto ao registro referente à comunicação dos clientes com a equipe de enfermagem, concluímos que as Orientações Pré-operatórias de Enfermagem foram responsáveis por um maior número de registros que apontaram para clientes comunicativos/ cooperativos e interativos; 3 -O número dos demais registros no grupo de clientes não orientados foi maior neste grupo; 4 - Quanto ao registro referente à aceitação da dieta, podemos inferir que a orientação pré-operatória não proporcionou resultados visíveis com relação à melhor aceitação da dieta; 5 - A baixa aceitação da dieta foi maior no grupo dos não orientados; 6 - Quanto à mobilidade dos clientes até o quinto dia de pós-operatório, podemos inferir que o número de clientes que puderam

deambular a partir do segundo DPO foi semelhante nos dois grupos; 7 - O elemento sono e repouso não pôde ser analisado devido à ausência quase absoluta de registro; 8 - As Orientações de Enfermagem Pré-operatórias não implicaram em menor tempo de permanência na UTCIC e não constatamos diferença significativa no tempo total de hospitalização entre os dois grupos e; 9 - Constatamos que a maior ausência de registro foi relacionada à aceitação da dieta e o maior número de registros foi relacionado à mobilidade dos clientes.

Portanto, considerando o conjunto dos resultados acima expostos, afirmamos que a Orientação de Enfermagem Pré-operatória pode implicar nos clientes um despertar mais tranqüilo e uma comunicação mais visível com a equipe de enfermagem. Todavia, a despeito de essa afirmação estar sustentada pelos resultados evidenciados, gostaríamos de acrescentar que tais resultados ficaram comprometidos pelas fragilidades dos registros provenientes da equipe de enfermagem estudada e pelo impacto das próprias Orientações de Enfermagem no Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca que dependem da atitude e da prática pelos próprios clientes.

Desejamos, ainda, destacar que os resultados por nós apresentados no corpo da presente Dissertação de modo algum encerram a temática por nós pesquisada. Muito pelo contrário, desejamos, sim, contribuir para o conjunto das pesquisas realizadas pelos enfermeiros acerca da efetividade das Orientações de Enfermagem voltadas para o Pré-Operatório de cirurgias cardíacas.

Finalmente, expressamos nosso profundo agradecimento à instituição onde o estudo foi realizado por disponibilizar todas as condições possíveis à realização e construção da presente Dissertação.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDRADE, L.M; SOARES, E. Refletindo sobre a ansiedade do paciente no período pós-operatório de cirurgia cardíaca de emergência: um estudo de caso. **Revista René**, Fortaleza, v.2, n. 1, p. 86-9, 2001.

ANJOS, L.A. et al. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo população favelada. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8 n.1, jan./mar. 2002.

BAGGIO, M.A; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M.R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.122-39, jan. 2001.

BARRETO, S.S.M. et al. Rotinas em Terapia Intensiva. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CARAMIELI, Bruno. et al. I Diretriz de avaliação perioperatória. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.88, n. 5, p. 139-178. 2007.

Código de Ética e Legislações. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Gestão 2005/2008.

CORREA, C. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

COSTA, Eva Maria. **A disciplina técnica de registro e documentação em enfermagem e o exercício profissional do enfermeiro: influências e contribuições**. Rio de Janeiro: 1994. xii, 126 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 1994.

Dicionário de Administração de medicamentos na Enfermagem (AME). 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2005-2006.

FAVARATO, M.E.C.S. et al. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gênero. **Revista de Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.52, n.4, July/Aug. 2006.

FERRAZ, Fabiane. et al. Cuidar-educando em Enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.5, p. 607-10, set-out. 2005.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: Minidicionário da Língua Portuguesa**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.

FILHO, W.D.L; LUNARDI, G.L; PAULITCH, F.S. A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de enfermagem: relato de experiência. **Rev. latino-americana de enfermagem**, v. 5, n.3, p. 63-69, julho. 1997.

FOSCHIERA, F.; PICOLLI, M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. **Ciência cuidado e saúde**, Maringá, v.3, n. 2, p. 143-51, maio/ago. 2004.

GALDEANO, L.E. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.2, p. 199-206, 2003.

GEORGE, J. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos a prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOMES, F. B.C. Conseqüências do tabagismo para a saúde. **Consultoria legislativa**. Brasília, DF, 2003.

HORTA, W. de A. **Processos de Enfermagem**. São Paulo: EPU/Ed. Universidade de São Paulo, 1979.

LIMA, G.S. et al. Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado/ relato de caso. **ACTA**, São Paulo, p. 452-57, fev. 2007.

OLIVEIRA, I.C.S; SILVA, T.T. O advento da cirurgia cardíaca no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na área de pediatria (1810-1956). **Revista da Escola de enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p.255-60. 2002.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: Teoria e Prática. 1ed. Rio de Janeiro, 7^a reimpressão. 1995.

PICOLLI, M; GALVÃO, C.M. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Revista Eletrônica de enfermagem*. v.7, n.3, p. 366-72, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3atualizacao.htm.

POLIT, D. F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática hospitalar**. 3^a ed. São Paulo: Santos livraria, 1998.

PRADO, M.L; REIBNITZ, K.S; GELBECKE, F.L. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para a formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto Contexto- Enfermagem*, V.15, N.2, P.296-302. 2006.

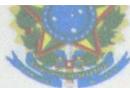
ROSSI, L.A; CASAGRANDE, L.D.R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista Latino americana de enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 39-46, setembro-outubro. 2001.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8^a ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

WOOD, G.L; HARBER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4^a ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

http://www.pdamed.com.br/dicioned/pdmed_0001_06099.php. Acesso em 26 de setembro de 2008.

<http://www.sbccv.org.br/medicalultnot.carta.asp>. Acesso em 31 de janeiro de 2009.

Anexo 01

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezados Senhores:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia reuniu-se em 11 de Março de 2008 e aprovou por unanimidade após modificações feitas pela investigadora o Projeto “Orientações Pré-Operatórias De Enfermagem Para Clientes Submetidos À Cirurgia Cardíaca: Contribuições Para Profilaxia De Complicações Ventilatórias”, sob responsabilidade da investigadora principal Enfª Renata Regis da Silva, sendo registrado neste CEP sob o n.º0180/23.11.07.

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2008.


Ivan Luiz Cordovil de Oliveira
Coordenador do CEP

Anexo 2


Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Prontuário:		Nome:			
Convênio:		Idade:	Sexo:		
Data: ___/___/___		Unidade:	Leito:		
Alergia:					

Nº DE DIAS - CONTROLE DIÁRIO				CONDIÇÕES DA PELE FERIDA				
DATA:				DATA:				
Internação				Estágio	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
Unidade				Tratamento:				
Cat. Vesical				Obs.:				
TOT / TQT				Estágio	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
SNG				Tratamento:				
CNE				Obs.:				
Punção Venosa	Periférica			Estágio	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
	Profunda			Tratamento:				
	PICC			Obs.:				

PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	DATA:		DATA:		DATA:		ENFERMEIRO
	HORÁRIO						
1. MUDANÇA DE DECÚBITO							
2. ASPIRAÇÃO VAS E TOT							
3. CABECEIRA ELEVADA							
4. CURVA TÉRMICA							
5. GLICEMIA CAPILAR							
6. NEBULIZAÇÃO							
7. SINAIS VITAIS							
8. MEDIR DIURESE	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	HORA:	
	VOL:	VOL:	VOL:	VOL:	VOL:	VOL:	
9. PESAR DIARIAMENTE	HORA:	PESO:	HORA:	PESO:	HORA:	PESO:	
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							

Anexo 3

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA UTCIC

Nome: Data: / /

Setor: Leito: Prontuário: Convênio:

Diagnóstico Médico:

História Progressiva: HAS DM Obesidade Sedentarismo Estresse I. Renal Crônica Cardiopatia
 IAM Hipotireoidismo Tabagista Ex-Tabagista há ___ anos DPOC
 Bronquite Asma

Alergia Medicamentos / Alergia Alimentar:

I - CONTROLE DE PROCEDIMENTO E TEMPO DE PERMANÊNCIA

Procedimento	Control e Tempo	Observações:
<input type="checkbox"/> TQT / <input type="checkbox"/> TOT	Dia:	Monitorização - ECG <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Arritmia
<input type="checkbox"/> Ac. Periférico	Dia:	
<input type="checkbox"/> Ac. Profundo	Dia:	Observações:
<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG	Dia:	
<input type="checkbox"/> SOE / SOG	Dia:	Local: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ac. Venoso p/ HD	Dia:	
<input type="checkbox"/> SVD	Dia:	
<input type="checkbox"/> PAM	Dia:	
<input type="checkbox"/> PVC	Dia:	
<input type="checkbox"/> Swan Ganz	Dia:	
<input type="checkbox"/> Cateter Art. Pulmonar/Bia	Dia:	

II - EXAME FÍSICO:

1 - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

Lúcido Orientado Algo Desorientado Agitado Torporoso Apático

Sedação: Ramsay: Coma: Não Sim Glasgow w:

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas: D E Fotorreagentes:

Mucosas: Corada: Hipocorada: ___ / 4+ Hidratada: Desidratada:

Avaliação Neurológica:

<input type="checkbox"/> Movimenta os 4 Membros	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE
<input type="checkbox"/> Apresenta Paresia	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE
<input type="checkbox"/> Apresenta Plegia	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE
<input type="checkbox"/> Déficit Motor	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE

2 - TÓRAX:

Ausculta Pulmonar: MVUA M.V. Diminuídos: AD AE BD BE
 M.V. Abolidos: AD AE BD BE

Padrão respiratório: Eupnéico Dispnéico Taquipnéico Outro:

Ventilação/Oxigêniooterapia: Espontânea C.N.faríngeo Ventilação Mecânica: FI O₂ PEEP
 Modo: C A/C PSV Outro:

3 - ABDOME:

Palpação e Inspeção: Normotenso Flácido Distendido Doloroso Peristalse: Presente Ausente

Verso da folha de Evolução de Enfermagem diária da UTCIC (Unidade de Tratamento Cardio-Intensiva Cirúrgica)

Elimin. Intestinal:	() Present () Ausente	Aspecto: () Normal () Ressecada () Líquid	N.º vezes: _____	
4 - PELVE:				
Diurese:	() Espontânea	() Fralda () SVD () SVA () Anúria () Oligúria	() Coletor ext. masculino	
Aspecto:	() Limpida () Grumos () Hemática	() Turva	Processo Dialítico: () Não () Sim	Perda: _____ ml/Kg/h
5 - MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES:				
MMSS:	Edema: () Direita () Esquerda () Cianótico () Frio () Aquecido			
	Pulsos Distais: () Cheios () Filiformes () Ausente: () D () E			
MMII:	Edema: () Direita () Esquerda () Cianótico () Frio () Aquecido			
	Pulsos Distais: () Cheios () Filiformes () Ausente: () D () E			
6 - INTEGRIDADE CUTÂNEA E DERME:				
() Pele Inteira				
() Úlcera por Pressão:	Estágio: <input type="text"/>	Local/ Cobertura:	<input type="text"/>	
() Úlcera por Pressão:	Estágio: <input type="text"/>	Local/ Cobertura:	<input type="text"/>	
7 - DIETA E ALIMENTAÇÃO				
Tipo: () Oral () Boa Aceitação () Deficiente	() Controle Glicêmico: _____ x dia			
() Enteral Volume/ 24 horas: <input type="text"/>	Posição Sonda Enteral: () Gástrica () Pós Pilórica			
Soluções em uso: SD		Soluções em uso: SN		
() Nitroglicerina () Dobutamina	() Nitroprussiato () Insulina	() Nitroglicerina () Dobutamina	() Nitroprussiato () Insulina	
() Noradrenalina () Fentanil	() Midazolam () Potássio	() Noradrenalina () Fentanil	() Midazolam () Potássio	
() Amiodarona () Primacor	() Heparina () Outra :	() Amiodarona () Primacor	() Heparina () Outra :	
INTERCORRÊNCIAS/ SD:		INTERCORRÊNCIAS/ SN:		
Dieta Zero a partir: _____ horas do dia: _____ / _____ / _____				
Exames Pendentes no Período / Marcados: _____				

Anexo 4



ANEXO 5

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA ZONA SUL – MS
RUA DAS LARANJEIRAS, 374 – TÉRREO - LARANJEIRAS
TEL. 2285-3344 R.2215
E-MAIL: hemonsul@incl.rj.saude.gov.br

“ Você pode não estar morrendo de vontade de doar sangue, mas alguém pode estar morrendo por falta dele”

ORIENTAÇÃO AO DOADOR DE SANGUE**TRAZER DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO :**

CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CARTEIRA DE TRABALHO

HORÁRIO DE DOAÇÃO: DE 2ª A 6ª FEIRA, DAS 8:00 ÀS 14:00hs

ORIENTAÇÕES

- Ter idade entre 18 e 65 anos e peso acima de 50Kg;
- Não ter doado sangue nos últimos 60 dias(homens) e 90 dias(mulheres);
- Não ter tido Hepatite após os 10 anos de idade, Malária nem Doença de Chagas;
- Não ser portador de doenças crônicas e/ou de coração, pulmão, rim ou pele;
- Não ter comportamento de risco;
- Não ser usuário de drogas;
- Não ser hipertenso em uso de medicação;
- Não ter tatuagem há menos de 1 anos;
- Se mulher: não estar amamentando ou grávida;
- Não é necessário jejum no dia da doação; deve ter-se alimentado bem, evitando alimentos gordurosos como: leite integral, manteiga, queijos, margarinas e comidas pesadas;
- Estar saudável e se sentindo bem ;

ANEXO 6


INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
SERVICO DE SAÚDE MENTAL

Este questionário tem por objetivo obter informações que podem ser úteis no seu tratamento. Não tem caráter obrigatório, mas possui a finalidade de assisti-lo melhor durante a sua permanência aqui. Responda com calma e atentamente.

Nome: _____ Idade _____
Estado Civil: _____ Situação Profissional: _____
Escolaridade: _____ Leito _____ Prontuário _____

1- Sente-se ansioso(a), nervoso(a) ou tenso(a)? () sim () não () não sei
2- Sente-se deprimido(a)? () sim () não () não sei
3- Sente-se desesperançado? () sim () não () não sei
4- Tem dificuldade de expressar suas emoções? () sim () não () não sei
5- Está sempre com a impressão que tudo é urgente? () sim () não () não sei
6- Considera-se muito exigente consigo mesmo? () sim () não () não sei
7- Fica agressivo com frequência? () sim () não () não sei
8- Tem alguma dificuldade para dormir ou manter o sono? () sim () não () não sei
9- Tem medo de ficar em lugares fechados? () sim () não () não sei
10- Tem medo de ficar sozinho(a)? () sim () não () não sei
11- Chora com facilidade? () sim () não () não sei

 vire



12- Fica irritado(a) com frequência ou facilidade? () sim () não () não sei
13- Está em tratamento psicológico ou psiquiátrico? () sim () não () não sei
14- Já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico? () sim () não () não sei
15- Toma ou tomou algum remédio para os "nervos"? () sim () não () não sei
16- Qual? _____
17- Em caso de cirúrgico, você participou do grupo de preparação para cirurgia?
() sim () ainda não
18- Você acha que as informações obtidas no grupo o ajudaram a lidar melhor com a cirurgia?
() sim () não () não sei

Gostaria de acrescentar alguma informação a seu respeito: _____

 Rio, ____ / ____ / ____

ANEXO 7



O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

O INCL tem o prazer de convidar todos vocês, familiares de pacientes com indicação de cirurgia, para participarem de atividade de grande importância.

No momento que antecede a cirurgia de seu ente querido, torna-se essencial orientar e esclarecer as dúvidas e preocupações que muitos têm em relação ao ato cirúrgico, o pós-operatório e o processo de internação. Assim, membros da equipe interdisciplinar do INCL, estarão organizando grupo de acolhimento em que os familiares terão acesso a informações sobre o funcionamento hospitalar.

Sua participação plena em muito contribuirá aos cuidados ofertados em nosso hospital, estreitando ainda mais os vínculos entre nossos profissionais e seus pacientes, ampliando a compreensão do universo da família, e, ao mesmo tempo, aperfeiçoando nossa atuação técnica.

Buscamos a qualidade de vida como meta e nosso objetivo de trabalho será mais facilmente atingido se contarmos com o suporte familiar. Cada paciente poderá convidar até três pessoas interessadas para participar de nossa atividade.

Local: Biblioteca no 12º andar

Horário: Toda 4ª - feira às 14:00 horas

Juntos estamos construindo o SUS que dá certo!
Contamos com você! Participe!!!

APÊNDICE 1

Formulário de coleta de dados

Data da coleta: ____/____/____.

Setor de

coleta: _____.

Nome: _____

Prontuário: _____.

Data Internação Hospitalar: ____/____/____.

Data da Cirurgia:

____/____/____.

Data da alta hospitalar: ____/____/____.

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Comorbidades: _____.

CONDUTA CLÍNICA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA:

REGISTRO DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIO

<i>POI / 1^o DPO</i>	<i>2^o DPO</i>	<i>3^o DPO</i>	<i>4^o DPO</i>	<i>5^o DPO</i>

