

e417190

LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA

PROBLEMAS DOS PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA,  
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Tese apresentada à Escola de Enfermagem  
da Universidade de São Paulo, para obten  
ção do título de Doutor.

Orientadora:

Prof. Dra. Nara Sena de Paula

Tese  
S10.73677  
P155 pr  
1986.

São Paulo

1986

FC-00003337-0

e417190  
R806110/98

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
BIBLIOTECA MEMORIAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Reg. n.º 966  
Data 10/11/87

AOS PACIENTES E ALUNOS COM QUEM  
APRENDI A VIVER ENFERMAGEM.

## AGRADECIMENTOS

- . À Professora Dra. Nara Sena de Paula pela orientação deste trabalho,
- . À aluna Dayse Zamudio Lopez Ernesto pela colaboração na coleta de dados,
- . Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina pelo estímulo à realização deste doutorado,
- . Às colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pela acolhida quando lá cheguei,
- . À colega Noeli Marchioro Liston, pela colaboração na supervisão das alunas do Curso de Habilitação Médico-Cirúrgica,
- . À colega Wanderli de Oliveira Dutra que possibilitou a coleta de dados,
- . Aos professores Neil Ferreira Novo e Iara Juliano pela orientação estatística,
- . Ao Professor Paulo Cesar de Almeida pela orientação dos gráficos,
- . À Dra. Anelir Oliveira de Senna pela revisão do texto,
- . À Maria Virgínia Garagorry e Talita Caldeira de Sena pelos trabalhos de datilografia,
- . Às pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

|  | <i>Pág.</i> |
|--|-------------|
| 01. INTRODUÇÃO .....   | 01          |
| 02. METODOLOGIA .....  | 07          |
| 2.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....   | 07          |
| 2.2. COLETA DE DADOS .....   | 14          |
| 2.3. ANÁLISE DOS DADOS .....   | 40          |
| 03. RESULTADOS .....   | 43          |
| 3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA .....  | 43          |
| 3.2. RESULTADOS DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-<br>OPERATÓRIO .....              | 44          |
| 3.3. RESULTADOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA<br>RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA ..... | 54          |
| 3.4. RESULTADOS DA ENTREVISTA PÓS-OPERATÓRIA .....                               | 94          |
| 04. DISCUSSÃO .....  | 116         |
| 05. CONCLUSÕES .....   | 178         |
| 06. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 182         |
| 07. RESUMO .....   | 189         |
| 08. SUMMARY .....  | 192         |

ANEXOS

RELAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS

|  | Pág. |
|--|------|
| TABELA I - Pacientes dos grupos A e B e seus hábitos alimentares .....   | 44   |
| TABELA II - Pacientes dos grupos A e B e o hábito do tabagismo .....   | 45   |
| TABELA III - Pacientes dos grupos A e B e o etilismo .....   | 46   |
| TABELA IV - Pacientes dos grupos A e B e a situação de trabalho .....  | 46   |
| TABELA V - Pacientes dos grupos A e B e o estado civil .....   | 48   |
| TABELA VI - Pacientes dos grupos A e B e as atividades de lazer .....  | 50   |
| TABELA VII - Pacientes dos grupos A e B e a prática de esportes .....  | 51   |
| TABELA VIII - Pacientes dos grupos A e B e a orientação para o cateterismo cardíaco .....  | 52   |
| TABELA IX - Pacientes dos grupos A e B e a percepção quanto ao cateterismo cardíaco .....  | 53   |
| TABELA X - Pacientes dos grupos A e B e as experiências anteriores quanto à hospitalização .....   | 54   |
| TABELA XI - Necessidades Básicas afetadas no Pós-Operatório Imediato, 1º e 2º Pós-Operatório - Grupo Experimental B .....                  | 83   |
| GRÁFICO 1 - Necessidades Básicas afetadas no pós-operatório imediato, 1º e 2º pós-operatório - Grupo Experimental B .....                  | 84   |
| GRÁFICO 2 - Necessidades Básicas afetadas e a determinação do grau de dependência da assistência de enfermagem. Grupo Experimental B ..... | 87   |
| TABELA XII - Necessidades Básicas afetadas e o grau de Dependência de Enfermagem - Grupo Experimental B ...                                | 88   |

|   | Pág. |
|---|------|
| TABELA XIII - Número de ações de enfermagem nos tempos pós-operatórios - Grupo Experimental B .....                     | 91   |
| Gráfico 3 - Tempos Pós-operatórios e respectivas ações de enfermagem - Grupo Experimental B .....                       | 91   |
| GRÁFICO 4 - Número de ações de enfermagem nos tempos pós-operatórios - Grupo Experimental B.....                        | 92   |
| TABELA XIV - Pacientes dos grupos experimentais e tipo de cirurgia realizada .....                                      | 94   |
| TABELA XV - Pacientes dos grupos experimentais e tempo de duração da cirurgia .....                                     | 95   |
| TABELA XVI - Pacientes dos grupos experimentais e tempo de circulação extracorpórea .....                               | 96   |
| TABELA XVII - Pacientes dos grupos experimentais e o tempo de permanência na UTI .....                                  | 97   |
| TABELA XVIII - Pacientes dos grupos experimentais e tempo de entubação orotraqueal .....                                | 97   |
| TABELA XIX - Pacientes dos grupos experimentais e incidência de intercorrências no ato cirúrgico e pós-operatório ..... | 98   |
| TABELA XX - Pacientes dos grupos experimentais e a referência de problemas .....  | 98   |
| Tabela XXI - Pacientes dos grupos controle e grupos experimentais que referiram e não referiram problemas .....         | 99   |
| TABELA XXII - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Cânula de Entubação .....                     | 100  |
| TABELA XXIII - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Cânula de Entubação .....    | 100  |
| TABELA XXIV - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Ambiente .....                                | 101  |
| TABELA XXV - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Ambiente .....                 | 101  |

|                |  |     |
|----------------|--|-----|
| TABELA XXVI    | - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Assistência Respiratória .                       | 102 |
| TABELA XXVII   | - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Assistência Respiratória .....   | 102 |
| TABELA XXVIII  | - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Decúbito Dorsal .....                            | 103 |
| TABELA XXIX    | - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Decúbito Dorsal .....            | 103 |
| TABELA XXX     | - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Dor .....  | 104 |
| TABELA XXXI    | - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Dor .....                        | 104 |
| TABELA XXXII   | - Pacientes dos grupos experimentais que referiram o problema Queixas sobre a enfermagem                       | 105 |
| TABELA XXXIII  | - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram o problema Queixas sobre a enfermagem ..... | 105 |
| TABELA XXXIV   | - Pacientes dos grupos experimentais que referiram Outros problemas .....                                      | 106 |
| TABELA XXXV    | - Pacientes do grupo controle e grupos experimentais que referiram Outros problemas ....                       | 106 |
| TABELA XXXVI   | - Pacientes dos grupos experimentais que citam o problema Cânula de Entubação e a causa do mesmo .....         | 107 |
| TABELA XXXVII  | - Pacientes dos grupos experimentais que citam o problema Ambiente e a causa do mesmo ....                     | 108 |
| TABELA XXXVIII | - Pacientes dos grupos experimentais que citam o problema Assistência respiratória e a causa do mesmo .....    | 108 |
| TABELA XXXIX   | - Pacientes dos grupos experimentais que citam Outros problemas e a causa dos mesmos .....                     | 109 |



|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| TABELA XL    | - Pacientes dos grupos experimentais e a orientação sobre o Problema referido .....                               | 110 |
| TABELA XLI   | - Pacientes dos grupos experimentais e a opinião quanto à qualidade da orientação quanto ao que o incomodou ..... | 111 |
| TABELA XLII  | - Pacientes dos grupos experimentais e a identificação do orientador .....  | 111 |
| TABELA XLIII | - Pacientes dos grupos experimentais e outras orientações pré-operatórias .....                                   | 112 |
| TABELA XLIV  | - Pacientes dos grupos experimentais e o tipo de orientação mencionada .....                                      | 113 |
| TABELA XLV   | - Pacientes dos grupos experimentais e a lembrança das pessoas na UTI .....                                       | 114 |
| TABELA XLVI  | - Pacientes dos grupos experimentais e suas impressões gerais da UTI .....  | 114 |

## 1. INTRODUÇÃO

## 1. INTRODUÇÃO

Em 1980, foi apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo monografia de mestrado intitulada "Problemas dos Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca, na Unidade de Terapia Intensiva", PAGLIUCA<sup>(44)</sup>. Esse trabalho teve por objetivo identificar os problemas que os pacientes assistidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em pós-operatório de cirurgia cardíaca, referiram como os que mais os incomodaram. Estudou-se a relação entre os problemas apresentados pelos pacientes com as variáveis idade, sexo, grau de instrução, experiência anterior em UTI, informação sobre o problema, informações gerais previamente recebidas e número de informações gerais prévias. Os resultados então encontrados, apontaram como problemas que mais incomodaram os pacientes na UTI, a cânula de entubação, o ambiente, a assistência respiratória, o decúbito dorsal, a dor, queixas sobre o pessoal da enfermagem, tratamento contínuo, venóclise, soluço, coração disparado, medo que a operação não desse certo, calor e tudo incomoda. Não foi encontrada relação entre os problemas apresentados pelos pacientes e as variáveis selecionadas para o estudo. Pesquisou-se, também, naquela oportunidade, a causa do problema para o paciente, ou seja, por que o fato apontado como problema o havia incomodado.

Agora que se conhecem os problemas apontados pelos pacientes, passa-se a buscar uma forma de solucioná-los ou, pelo menos, minimizá-los. Identificou-se de imediato a necessidade de orientar o paciente quanto à assistência na UTI e os problemas que poderia perceber quando lá estivesse.

No levantamento bibliográfico realizado não foi localizado nenhum trabalho sobre orientação a pacientes em UTI, mas sim pesquisas feitas em áreas paralelas.

PANZA<sup>(46)</sup> utilizou o método de impressão de suor palmar para avaliar o efeito da visita pré-operatória da enfermeira do Centro Cirúrgico sobre o estresse o paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório.

Na visita pré-operatória, a pesquisadora fazia o levantamento de problemas e expectativas sentidos pelos pacientes e o Exame físico; no transoperatório a assistência de enfermagem era executada com a participação da pesquisadora e no pós-operatório fazia-se nova visita para avaliar a assistência de enfermagem no pré e transoperatório. A conclusão do trabalho permitiu dizer que os pacientes do grupo experimental (os visitados no pré-operatório) não apresentaram entres se no dia da cirurgia.

Outro trabalho enfocando o paciente no Centro Cirúrgico foi realizado por RODRIGUES<sup>(48)</sup>, que estudou as percepções e opiniões de pacientes quanto ao transoperatório para identificar os problemas sentidos pelos pacientes, verificar a presença e atuação da enfermagem no período de transoperatório e identificar os fatores que afetaram de maneira agradável ou desagradável as percepções do paciente. Dentre as conclusões da autora, destacamos: "1. Os principais problemas sentidos pelos pacientes, em sua interação com o contexto Centro Cirúrgico, durante o período transoperatório, foram desconforto físico, me do da morte, medo da anestesia e desatenção dos elementos da equipe cirúrgica. Estes problemas estão também relacionados com a assistência pré-operatória, vis to que um expressivo percentual (48,07%) dos pacientes estudados não recebeu ne nhuma orientação para o transoperatório". Rsumindo as outras conclusões, a autora identificou que a enfermeira não se dá a conhecer, não é atuante quanto às explicações ao paciente e não oferece a necessária atenção às necessidades do paciente.

LEITE<sup>(38)</sup> estudou 50 pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca com alterações de comportamento e ressaltou a importância de se estudar o estresse pré-cirúrgico como um meio de se elaborar medidas para mini mizar os efeitos negativos das alterações pós-cirúrgicas.

A UTI guarda certa proximidade de identificação com o Centro Cirúrgico, ambas são unidades fechadas, entendendo-se por fechada aquela que tem uma planta física com características próprias, que diferem do resto do

hospital; uso de roupas privativas; restrição quanto à circulação de pessoas estranhas à unidade; pacientes que apresentam um grau de dependência grande quanto à assistência de enfermagem; e, tem seu quadro de pessoal próprio mantendo poucos contatos com a equipe do hospital.

Observa-se um distanciamento dos que estão dentro da unidade fechada com aqueles de fora e vice-versa. As enfermeiras de UTI não têm por hábito conhecer seus pacientes antes que estes cheguem à sua unidade; isto é aceitável quando se trata de internação de urgência, mas não se justifica quando os pacientes são programados para cirurgia cardíaca que, obrigatoriamente, ficarão na UTI. Portanto, se as colegas enfermeiras do Centro Cirúrgico alcançaram bons resultados ao sair de suas unidades para conhecer seus pacientes no pré-operatório, por que não, também a enfermeira da terapia intensiva, sair para preparar os seus pacientes nas unidades de internação?

Este encontro, no pré-operatório, entre a enfermeira da UTI e o paciente tem dois objetivos: primeiro, fazer a orientação do paciente quanto ao ambiente e assistência que lhe será prestada e, segundo, colher dados necessários para planejar a assistência individualizada.

O planejamento da assistência de enfermagem para o paciente na Recuperação, é outro ponto fundamental e como professora de Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos já utilizamos a metodologia de assistência para os pacientes assistidos por nossas alunas, mas não havíamos ainda avaliado os resultados obtidos no processo ensino-aprendizagem.

SOUZA<sup>(51)</sup>, ao pesquisar os conhecimentos e aplicação do processo de enfermagem entre enfermeiros formados no período de 1975 a 1979, encontrou que é maior a porcentagem dos enfermeiros que receberam informação teórica e praticaram sobre a metodologia do que aqueles que não a receberam e não a praticaram; esta experiência com a metodologia é mais comum nas disciplinas localizadas no início do curso de graduação e os resultados mostraram que estes profissionais não aplicam a metodologia na prática profissional.

Pode-se supor que, por estas experiências com a metodologia de assistência se restringirem aos primeiros contatos do aluno com a enfermagem, não houve um crescimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitissem ao futuro profissional a valorização do método na sua prática. Sem dúvida, existem outros fatores envolvidos que dificultam a implantação de metodologia em nossos hospitais, mas conhecer este fator, identificado por SOUZA<sup>(51)</sup>, reforça o segundo objetivo: desenvolver a metodologia de assistência de enfermagem ao paciente em UTI por alunos do último semestre do curso de enfermagem.

Fechando o círculo, pretende-se uma avaliação no pós-operatório, quando o paciente já se encontra novamente na Unidade de Internação e este fecho espera-se conseguir repetindo o procedimento utilizado para a identificação dos problemas do paciente em UTI (PAGLIUCA<sup>(44)</sup>), sendo que agora os pacientes são orientados sistematicamente no pré-operatório e assistidos com método na UTI.

Portanto, são objetivos deste estudo:

1. Identificar os problemas manifestos por um grupo de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, submetidos, pela pesquisadora, a um Plano de Orientação no pré-operatório.
2. Identificar os problemas manifestos por um grupo de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, submetidos, pela pesquisadora, a um Plano de Orientação no pré-operatório e assistidos na UTI com Assistência de Enfermagem Planejada.
3. Identificar os problemas manifestos por um grupo de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, submetidos, pelas enfermeiras da unidade, a um Plano de Orientação no pré-operatório.
4. Comparar os problemas manifestos pelos três grupos de pacientes em estudo.

5. Comparar os problemas manifestos pelos três grupos de pacientes submetidos ao Plano de Orientação no pré-operatório com os problemas manifestos por um grupo de pacientes sem orientação pré-operatória sistematizada.
6. Estudar a aplicabilidade da Assistência de Enfermagem Sistematizada, no ensino da disciplina Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos, em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Como hipótese deste estudo, acreditamos que:

- Os pacientes submetidos ao Plano de Orientação no pré-operatório modificam a manifestação de problemas no pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI em relação ao grupo de pacientes que não foram orientados sistematicamente.

## 2. METODOLOGIA



## 2. METODOLOGIA

### 2.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste trabalho constituiu-se de todo paciente em fase de pós-operatório de cirurgia cardíaca, assistido em Unidade de Terapia Intensiva; foram selecionados três grupos compostos por 50 pacientes atendidos no hospital-campo-da-pesquisa, no período de maio de 1983 a janeiro de 1984, que preencheram os critérios de seleção predeterminados.

Os critérios adotados para seleção da amostra foram os abaixo relacionados.

Para pertencer à amostra, compondo o grupo A, o paciente deveria:

- Ter idade mínima de 18 anos;
- nacionalidade brasileira e residência no Brasil;
- internação pré-operatória mínima de 72 horas;
- permanência mínima na UTI, 36 horas;
- permanência mínima na Unidade de Internação, 24 horas e, máxima, 48 horas, após ter estado na UTI;
- consciência conservada e condições de manter entrevista;
- aceitar pertencer à amostra;
- ter recebido todas as orientações do Plano de Orientação pela pesquisadora.

Para pertencer à amostra, compondo o grupo B, o paciente deveria:

- atender os critérios do grupo A; e
- ter sido assistido na UTI pela pesquisadora e alunos de enfermagem com a utilização da assistência de enfermagem sistematizada.

Para pertencer à amostra, compondo o grupo C, o paciente deveria:

- atender aos critérios do grupo A, exceto ao último item, pois deveria ter recebido todas as orientações do Plano de Orientação através da enfermeira da Unidade de Internação.

O critério para seleção da amostra, em relação ao limite de idade, baseou-se no fato de se acreditar que a idade influi na maneira como se faz a orientação quanto ao tratamento que o paciente irá receber, já que o nível de compreensão difere entre crianças e adultos, não havendo diferença, no entanto, entre 18 e 20 anos, esta a idade mínima aceita para o grupo controle.

A amostra se constituiu somente de brasileiros, com o fim de diminuir ao máximo a influência de diferenças culturais.

O tempo de internação mínimo, no pré-operatório, 72 horas, foi estabelecido para que se pudesse aplicar o Plano de Orientação ao paciente. Como o tempo de internação no pré-operatório não havia sido significante para o grupo controle e sempre esteve acima de 48 horas, não houve problema em ampliar o tempo mínimo.

Na UTI o tempo mínimo de 36 horas de permanência foi estabelecido para que o paciente pudesse perceber a assistência que lhe é prestada nesta Unidade.

Aceitou-se para os grupos experimentais pacientes que apresentaram intercorrência no trans e pós-operatório, portanto, com tempo de permanência na UTI acima de 60 horas, tempo máximo estabelecido pelo grupo controle, para se avaliar a influência deste fator na manifestação de problemas e também para que a aluna tivesse a oportunidade de assistir pacientes clinicamente mais graves.

O tempo de permanência na Unidade de Internação, após a alta da UTI, foi estabelecido entre 24 horas e 48 horas para que o paciente

pudesse dormir e descansar e apresentar melhores condições para manter entrevista. Não haveria diferença com o grupo controle neste aspecto, porque 24 horas foi o tempo médio aguardado para os pacientes desse grupo serem entrevistados. A coleta de dados e a orientação do paciente utilizou-se basicamente de comunicação verbal, o que justifica a necessidade da boa acuidade auditiva do mesmo e a consciência conservada.

Para pertencer à amostra, o paciente devia aceitar participar da pesquisa, portanto, o paciente foi consultado se desejava ou não receber as orientações sobre o pós-operatório na UTI.

Não se completando o Plano de Orientação com algum paciente, automaticamente este foi excluído da amostra.

Para pertencer à amostra, compondo o grupo Controle, o paciente havia preenchido os seguintes critérios:

- nacionalidade brasileira e residência no Brasil;
- internação pré-operatória mínima de 48 horas;
- permanência mínima na UTI, 36 horas e, máxima, 60 horas;
- permanência mínima na Unidade de Internação, duas horas e, máxima, 48 horas, após ter estado na UTI;
- trans e pós-operatório sem intercorrências;
- consciência conservada e condições de manter entrevista.

A seleção dos pacientes dos grupos A e B foi feita através da consulta às enfermeiras das Unidades de Internação para identificar os pacientes internados para cirurgia cardíaca. Os do grupo C, orientados pelas enfermeiras, foram selecionados, já no pós-operatório, frente a uma lista por elas preparada, onde constavam os pacientes orientados.

Fez-se a consulta ao prontuário do paciente para saber se o mesmo atendia aos critérios de seleção pré-estabelecidos, em seguida o mesmo era entrevistado para dizer se queria participar da amostra; dado seu aceite, foi incluído numa lista para receber o Plano de Orientação.

Os 50 primeiros pacientes que atenderam aos critérios de seleção, compuseram o grupo A, sendo orientados pela pesquisadora e entrevistados pela aluna-monitora.

Os pacientes do grupo B, obedecendo os mesmos critérios de seleção, foram orientados pela pesquisadora e assistidos na UTI pelos alunos de enfermagem e pesquisadora, auxiliada pela enfermeira-monitora, utilizando a metodologia do processo de enfermagem e sendo, posteriormente, entrevistados pela aluna-monitora.

O grupo C foi composto por pacientes orientados no pré-operatório pelas enfermeiras das Unidades de internação e agendados para entrevista realizada pela aluna-monitora.

Este grupo C foi criado a partir da solicitação das enfermeiras da instituição que perceberam diferenças acentuadas nos pacientes orientados pela pesquisadora (grupos A e B), para terem acesso ao trabalho então em desenvolvimento. Isto ocorreu durante a coleta de dados do grupo B quando, em reunião com as enfermeiras da instituição, fez-se a exposição dos resultados do trabalho anterior de PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, do projeto de pesquisa em andamento e do Plano de Orientação. As enfermeiras solicitaram, então, a criação de mais um grupo de pacientes (o grupo C) para que se testasse o alcance do plano aplicado por elas.

Atendeu-se à solicitação expressa pelas enfermeiras, pois isto enriqueceria o trabalho. As enfermeiras receberam o Plano de Orientação por escrito e passaram por um período de treinamento que constou da aplicação do plano a cinco pacientes por enfermeira; estes pacientes não fizeram parte da amostra. Os 50 pacientes do grupo C foram, então, orientados pelas enfermeiras que aplicaram o Plano de Orientação (Anexo II).

O grupo Controle, composto de 104 pacientes que fizeram parte da amostra de trabalho anterior da pesquisadora (PAGLIUCA<sup>(44)</sup>), teve sua seleção feita consultando-se a relação de alta da UTI e selecionando-se os

pacientes que atendiam aos critérios predeterminados.

Para inclusão dos pacientes do trabalho de PAGLIUCA<sup>(44)</sup> como Grupo Controle do trabalho atual, procedeu-se à análise que passamos a relatar.

Primeiramente, nos resultados obtidos em PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, não foi encontrada dependência entre a natureza dos problemas manifestos pelos pacientes e fatores como: idade, sexo, grau de instrução, experiência anterior em UTI. Isto significou que fatores esperados como variáveis influentes neste tipo de estudo, quando analisados frente à manifestação de problemas por pacientes assistidos em UTI, não se confirmaram como tal.

Resultados semelhantes foram encontrados por ORO<sup>(42)</sup> que, ao estudar a percepção dos problemas pelos pacientes graves, constatou que não existe relação entre o nível de percepção dos problemas pelos pacientes com a idade, o sexo, a escolaridade, o diagnóstico médico, a responsabilidade familiar e a credibilidade religiosa, mas verificou que o bom ajustamento familiar e o alto nível de satisfação das expectativas interferem significativamente no baixo nível de percepção dos problemas.

Frente a estes resultados, pode-se pensar que, no indivíduo doente, a influência destes fatores (idade, sexo, grau de instrução) passa a ser secundária, adquirindo maior importância o desequilíbrio que está se processando no ciclo saúde-doença da pessoa.

PAGLIUCA<sup>(44)</sup> conclui seu estudo afirmando que o fato da pessoa ser arrimo de família ou dependente economicamente, jovem ou idosa, ter nível primário ou universitário, são fatores secundários quando esta pessoa se encontra no papel de paciente que deverá enfrentar uma situação estressante que passa a dominar o "doente", com suas características: medo do desconhecido, da cirurgia, dos tratamentos. É a uma pessoa nestas condições que se vai tentar prestar uma boa assistência de enfermagem.

O tempo transcorrido entre a coleta de dados do grupo

Controle e dos grupos Experimentais (aproximadamente cinco anos) foi marcado por conquistas tecnológicas importantes que permitiram estender a um maior número de pessoas a cirurgia cardíaca e a melhorar a expectativa de sobrevivência, no entanto, estas conquistas não alcançaram os problemas básicos apontados pelos pacientes do primeiro grupo, por não terem influenciado na tecnologia do pós-operatório deste grupo de pacientes, isto é, a cânula de entubação continua sendo usada, o ambiente geral não foi modificado, a assistência respiratória continuou a mesma, os decúbitos foram mantidos; não foram acrescentadas novas técnicas para o problema dor e a equipe de enfermagem manteve a mesma proporção de seus membros.

Assim, foi observado na experiência acumulada destes anos que, para a pessoa que irá se submeter à cirurgia, a situação é a mesma, isto é, mantém-se o desconhecido, o medo e a situação estressante para ela, pessoa, que será a protagonista da cirurgia.

Portanto, este fator tempo decorrido no intervalo entre as coletas de dados, também não seria impedimento para se usar o grupo anterior como grupo controle, uma vez que não houve alteração nos problemas a serem analisados.

As características da clientela, nas duas instituições em que foram colhidas as amostras dos grupos Controle e Experimentais, são muito semelhantes quanto ao tipo de patologia, condições sócio-econômicas e equipes médicas que atuam nos dois hospitais; pois estas são dirigidas pelos mesmos cirurgiões-chefes.

Por ocasião da coleta de dados dos grupos experimentais, foi verificada uma diferença quanto à assistência de enfermagem, pois, neste caso, a enfermagem aplica um modelo de assistência onde são desenvolvidas as fases de Histórico de Enfermagem, Lista de Problemas, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem, o que não ocorria na instituição do grupo Controle. Entretanto, os pacientes também não recebiam uma orientação sistematizada voltada para os problemas que iriam enfrentar na UTI. Este fator, portan

to, também não influencia na questão básica a ser analisada, isto é, a natureza dos problemas e a influência de uma orientação sistematizada. Além disso, a aplicação da metodologia de assistência de enfermagem que estava em uso na instituição, não estava obtendo resultados satisfatórios quanto à expectativa do paciente referente às "Informações quanto a tratamento e preocupações", conforme foi verificado por PAGLIUCA<sup>(45)</sup>.

Apesar de se estar trabalhando com grupos aparentemente diferentes, controle e experimentais, na verdade não o são, pois o que se estuda é a natureza dos problemas manifestos pelos pacientes e já vimos que fatos comumente considerados variáveis influentes como idade, sexo, grau de instrução, experiência anterior na UTI, não são variáveis que interferem na natureza dos problemas manifestos.

Se ORO<sup>(42)</sup> encontrou que o alto nível de satisfação das expectativas interfere significativamente no baixo nível de percepção dos problemas, podemos considerar como variável a existência ou não de um tipo de ação de enfermagem que interfira com a satisfação destas expectativas. Esta ação, crê-se, seja a orientação sistematizada ou não de enfermagem para o período pós-operatório. Para esta orientação, concordamos com KAMIYAMA<sup>(26)</sup>, "seria indispensável levar em consideração as percepções do paciente sobre si mesmo, ou a imagem da realidade de cada paciente, em toda situação de enfermagem".

As "percepções do paciente sobre si mesmo" foram identificadas por PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, o que permitiu traçar "a imagem da realidade de cada paciente". Resumindo: os problemas manifestos pelos pacientes do grupo Controle são a percepção do paciente sobre si mesmo e sobre uma realidade específica, o seu problema no pós-operatório de cirurgia cardíaca; o que se vai estudar nos grupos Experimentais é a percepção do paciente sobre si mesmo e seus problemas sobre a mesma realidade específica, modificada apenas pela orientação sistematizada para o pós-operatório.

Pode-se aceitar os grupos como "semelhantes entre si" por-

que vivenciaram a mesma situação de pós-operatório. O que os diferencia, basicamente, é terem recebido ou não orientação sistematizada para o pós-operatório.

Concluimos, portanto, pela inclusão do grupo dos 104 pacientes do trabalho anterior, como grupo Controle neste estudo.

## 2.2. COLETA DE DADOS

A coleta de dados deste trabalho utilizou um Histórico de Enfermagem Pré-Operatório (Anexo I) preenchido durante a entrevista da pesquisadora como o paciente.

Aplicou-se, em seguida, o Plano de Orientação (resumo no Anexo I, detalhado no Anexo III); explicando-se ao paciente cada item do plano e verificando-se o seu grau de compreensão quanto às orientações prestadas.

A assistência sistematizada desenvolvida na UTI obedeceu ao roteiro estabelecido no Processo de Enfermagem (Anexo III), sendo aplicada pelas alunas de enfermagem sob orientação da pesquisadora e da enfermeira-monitora.

A identificação dos problemas percebidos pelos pacientes na UTI e sua percepção quanto às orientações prestadas no pré-operatório foram feitas através de entrevista no pós-operatório, preenchendo-se um formulário de perguntas abertas e fechadas (Anexo IV).

### 2.2.1. ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Descrevemos a seguir os quatro instrumentos utilizados na coleta de dados:

Organização do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório;



O Histórico de Enfermagem Pré-Operatório foi subdividido em seis campos e acompanhado de um resumo do Plano de Orientação:

Campo I - Identificação, constando os seguintes dados: grupo, número do paciente, registro, nome, leito, idade, sexo, procedência, grau de intrusão, diagnóstico médico e data de internação.

Campo II - Identificaram-se Hábitos do Paciente, relativos à sua vida pré-hospitalar, que poderiam interferir na assistência atual e futura e sua relação com a patologia atual. Interrogaram-se hábitos alimentares (frequência e preferência) e uso de tabaco e álcool (frequência, tempo, grau de dependência).

Campo III - A situação de trabalho identificou a profissão e a atividade; satisfações e insatisfações na atividade de trabalho; limitações impostas pela doença e preocupações futuras com a atividade profissional.

Campo IV - Quanto à situação familiar, perguntaram-se a posição na constelação familiar, as atividades na família, limitações impostas pela doença nestas atividades, dificuldades de relacionamento familiar e preocupações futuras relativas à família.

Campo V - O lazer, questionando-se o que o paciente fazia nas horas vagas, as atividades físicas e esportes que praticava e as limitações impostas pela doença.

Campo VI - Finalmente, as experiências anteriores com hospitalização, questionando-se sobre a realização de exame hemodinâmico, a orientação recebida e sensações ao fazer exame. Quais as internações anteriores, principalmente em UTI, duração e relato da experiência.

O Histórico de Enfermagem Pré-Operatório foi acompanhado de um resumo do Plano de Orientação para ser checado conforme se fazia a orientação.

Organização do Plano de Orientação:

O Plano de Orientação foi elaborado a partir dos problemas identificados em um grupo de pacientes em pesquisa anterior de PAGLIUCA<sup>(44)</sup>. Abordaram-se, na orientação, os problemas relativos a ambiente da UTI, assistência respiratória, percepção dolorosa, motilidade, eliminação urinária e uso de aparelhos.

Observa-se no Anexo II que o Plano de Orientação foi elaborado considerando a situação-problema para o paciente, a justificativa explicando a necessidade desta situação, o incômodo causado ao paciente por esta situação-problema e a proposta de Assistência de Enfermagem na UTI para minimizar a situação-problema.

Quanto ao ambiente da UTI, abordou-se a unidade do paciente, a impossibilidade de receber visitas, a permanência de luzes acesas, o tempo de permanência na UTI e a necessidade do paciente permanecer sem roupas.

A Assistência Respiratória enfocou o uso da cânula de entubação e do dreno torácico, a aspiração orotraquial, a realização dos exercícios respiratórios e o uso do respirador à pressão.

A Percepção Dolorosa foi abordada dizendo-se porque ocorre a dor e qual a assistência possível.

O problema da motilidade enfocou a restrição dos membros superiores e a permanência no decúbito dorsal.

A eliminação urinária foi abordada quanto à permanência da sonda vesical. O uso de aparelhos eletrônicos foi abordado principalmente quanto à utilização do monitor cardíaco.

#### Organização do Processo de Enfermagem

A metodologia para assistência de enfermagem na UTI seguiu a proposta de HORTA<sup>(24)</sup>, sendo constituída pelas fases: Histórico, Diagnóstico, Plano Assistencial, Prescrição, Evolução e Prognóstico de Enfermagem (Anexo III).

O Histórico de Enfermagem constituiu-se de dois campos, a saber, I - Identificação e II - Exame Físico e Dados de Interesse.

A Identificação constou de nome, sexo, idade, nacionalidade e registro; diagnóstico médico, cirurgia realizada, data de internação, data de entrada na UTI, peso, hora do exame e observações do examinador.

O Exame Físico e Dados de Interesse foram elaborados sob a forma de necessidades básicas, constando as comumente afetadas quando o paciente se encontra em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

As necessidades básicas apontadas no Exame Físico foram circulação, oxigenação, equilíbrio hidroeletrólítico, equilíbrio ácido-básico, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, percepção dolorosa, cuidado corporal, motilidade, nutrição, eliminação urinária, terapêutica, sono e repouso, segurança e regulação neurológica.

Para cada necessidade básica mencionada constaram os dados de interesse para a enfermagem, e que, portanto, deviam ser observados.

A avaliação da necessidade de Circulação foi feita verificando-se a frequência cardíaca, os pulsos periféricos, a pressão arterial e pressão arterial média, a pressão venosa central, identificaram-se as veias e as artérias cateterizadas.

A oxigenação foi avaliada através da observação de frequência respiratória, tipo de respiração (espontânea, assistida ou controlada), uso de cânula de entubação, tipo de ventilador, uso da pressão positiva, nebulização e registro de volume minuto.

O Equilíbrio Hidroeletrólítico foi avaliado quanto à concentração de sódio ( $\text{Na}^+$ ) e de potássio ( $\text{K}^+$ ); as perdas e ganhos de líquidos, fazendo-se o balanço hídrico e de sangue; o cálculo aproximado da reposição prevista para as próximas horas (em ml/hora e gotas/min.) para líquidos e sangue.

O Equilíbrio ácido-básico foi verificado considerando-se a

pressão arterial do oxigênio ( $P_A O_2$ ); a pressão arterial do gás carbônico ( $P_A CO_2$ ), a concentração arterial do íon hidrogênio (pH), o excesso de base (BE), concentração de bicarbonato ( $HCO_3$ ) e saturação do oxigênio (sat. $O_2$ ).

A Integridade Cutâneo-mucosa foi avaliada quanto à localização e aspecto da incisão cirúrgica, lesões, cor e turgor da pele.

A Integridade Física foi considerada afetada quando se identificava uso de próteses ou risco de perda de segmento ou iminência de morte.

A necessidade de Percepção Dolorosa registrou as queixas de dor que deviam ser definidas quanto ao seu local de origem e uso de medicação para a dor.

A necessidade básica de Cuidado Corporal, avaliou-se quanto à higienização da pele e cavidade bucal.

A Motilidade foi avaliada pesquisando-se os movimentos nos membros superiores e inferiores.

A necessidade de Nutrição podia estar sendo suprida por via oral, sonda nasogástrica ou via parenteral.

A eliminação Urinária mereceu avaliação quanto à micção espontânea ou uso de sonda vesical e também quanto ao volume urinário em mililitro/hora e características da urina.

A Necessidade Terapêutica, avaliou-se quanto aos medicamentos em uso, sua ação, contra-indicações e complicações.

A necessidade de Sono-Repouso foi analisada, registrando-se a periodicidade dos intervalos de sono e vigília.

A Segurança teve como parâmetro para sua avaliação a colaboração do paciente com o tratamento, no empenho nos exercícios respiratórios, interesse em se autocuidar.

A Regulação Neurológica procurou saber o nível de consciên-

cia do paciente, avaliado através de resposta adequada ou inadequada à linguagem; a presença ou ausência da resposta sensitiva; atividade motora adequada ou inadequada e resposta dolorosa superficial ou profunda. As condições oculares e pupilares foram avaliadas quanto ao tamanho das pupilas, reflexo fotomotor e movimentos oculares conjugados ou não.

O Diagnóstico de Enfermagem, item II do processo de enfermagem, foi composto de lista de Necessidades Básicas Afetadas e a determinação do grau de dependência do paciente, quanto às Ações de Enfermagem.

As necessidades básicas, listadas no Diagnóstico, foram as mesmas do Histórico de Enfermagem, deixando-se em aberto um espaço para acrescentar outras.

Quanto à ação a ser desenvolvida pela enfermagem para assistir a necessidade afetada, essa podia ser dos tipos fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar.

Consultando o Anexo III, encontram-se o Plano Assistencial, a Prescrição, a Evolução e Prognóstico de Enfermagem; estas fases não exigem um impresso com características especiais, somente um espaço predeterminado onde se possa escrever o que constitui cada um deles.

#### Organização do Formulário para Entrevista a Pacientes

O formulário para entrevista a Pacientes (Anexo IV) foi o mesmo utilizado por PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, e compõe-se de: I. Identificação e II. Perguntas.

As perguntas tiveram por finalidade identificar o problema do paciente, se lembrava da orientação, sua opinião sobre a orientação e quais as informações que o paciente lembrava ter recebido no pré-operatório.

A primeira pergunta foi "Diga o que mais incomodou o(a) Sr.(a)

quando esteve internado na UTI?" A resposta do tipo aberto, indicava o problema do paciente.

A segunda pergunta, também aberta, "Diga por que isto incomodou o(a) Sr.(a)?" teve por finalidade esclarecer a forma como o problema incomodou ao paciente.

A terceira pergunta, "O(a) Sr.(a) havia sido orientado(a) sobre isto antes de ir para a UTI?" teve como resposta fechada "sim ou não" e por finalidade saber se o problema constava do Plano de Orientação e se o paciente lembrava a orientação do pré-operatório.

A quarta pergunta, "Caso sim, qual sua opinião sobre a orientação recebida quanto ao que o(a) incomodava?" teve por finalidade avaliar o grau de satisfação do paciente quanto à orientação.

A questão seguinte pergunta se o paciente recebeu outras informações no pré-operatório ou não.

Caso o paciente dissesse que sim fazia-se a sexta pergunta: "Quais foram estas informações?" As respostas obtidas foram assinaladas nos itens A. Ambiente: 1. unidade do paciente, 2. impossibilidade de receber visitas, 3. luzes acesas, 4. tempo de permanência, 5. permanecer sem roupas; B. Assistência respiratória: 6. cânula de entubação, 7. dreno torácico, 8. aspiração orotraqueal, 9. exercícios respiratórios, 10. respirador; C. Percepção Dolorosa: 11. na incisão cirúrgica, 12. na inserção dos drenos, 13. na inserção da sonda, 14. na inserção de cateteres; D. Mobilidade: 15. decúbito dorsal; E. Eliminação: 17. sonda vesical; F. Uso de Aparelhos: 18. monitor cardíaco e 19. outros.

O entrevistador registrava suas observações sobre o paciente, datava e registrava o início e término da entrevista.

### 2.2.2. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Serão descritos a seguir os procedimentos utilizados para a coleta de dados através do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório, os procedimentos para aplicação do Plano de Orientação Pré-operatório e do Processo de Enfermagem na UTI e a aplicação do formulário para Entrevista a Pacientes no Pós-operatório.

#### Procedimentos para o Histórico de Enfermagem Pré-Operatório

A aplicação do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório (Anexo I) foi realizada pela pesquisadora para os grupos A e B, o grupo C não utilizou este instrumento.

Uma vez selecionado o paciente conforme os critérios estabelecidos, os dados de Identificação foram coletados do Prontuário do Paciente.

Os outros dados do instrumento foram coletados em entrevista mantida pela pesquisadora com o paciente.

Para os pacientes do grupo A, a pesquisadora apresentou-se como enfermeira, com experiência em assistir pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que estava ali para orientá-los quanto ao tratamento na recuperação pós-operatória na UTI e, para isto, necessitava saber algumas informações.

Os pacientes do grupo C, que foram orientados pelas enfermeiras das Unidades de Internação, não foram submetidos ao Histórico de Enfermagem Pré-Operatório, porque as enfermeiras já dispunham do Histórico de Enfermagem coletado na admissão do paciente, visto que a instituição já utilizava a assistência de enfermagem planejada nas Unidades de Internação.

Com a concordância do paciente em ser orientado e fornecer as informações solicitadas, iniciou-se a coleta de dados do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório.

Questionaram-se os hábitos alimentares do paciente na vida progressa à hospitalização, principalmente ingestão de sódio e lipídio, a frequência e preferência alimentares e as mudanças impostas pela hospitalização e/ou manifestação da doença.

Na identificação dos tabagistas e alcoólatras, pesquisaram-se o tempo de uso do tabaco e do álcool, a intensidade e o grau de dependência.

Quanto à situação de trabalho, perguntaram-se a profissão e atividade exercida no período que antecedeu a hospitalização. Ao paciente foi solicitada uma avaliação ampla de sua atividade, definindo se predominavam as satisfações ou insatisfações no trabalho. Sendo uma pessoa ainda ativa na pré-hospitalização, quais as limitações que a doença impôs. As preocupações futuras com a atividade de trabalho associadas a possíveis incapacidades físicas e perda de poder aquisitivo.

A situação familiar, identificando o paciente na constelação familiar e determinando a dependência de outra pessoa da família, ou ainda, quando alguém da família era dependente do paciente. Quais as atividades que o paciente desenvolvia na família e que limitações foram impostas pela doença. As dificuldades de relacionamento na família, que tivessem repercussão sobre o paciente e as preocupações que ele tinha para o futuro, quanto às pessoas da família.

As preferências e hábitos de lazer, a recreação e atividades físicas ou esportes praticados pelo paciente; uma vez manifestada a doença, o que mudou nestes hábitos.

Os pacientes que haviam sido hospitalizados foram estimulados a relatar esta experiência, principalmente quando já internados em UTI; perguntaram-se o tipo e o tempo de permanência. Aqueles



submetidos a exame hemodinâmico foram questionados sobre como haviam percebido o exame, se foram orientados e o que sentiram ao fazer o exame.

O instrumento de coleta de dados serviu como um roteiro de entrevista, mas ao paciente foi deixada a possibilidade de discorrer sobre aquele assunto que mais o interessasse ou preocupasse no momento. Respeitou-se o paciente que se recusasse a fornecer alguma informação e quando esta era sucinta, não se insistia para completar a coleta de dados.

O preenchimento do formulário de entrevista, via de regra, foi feito no transcorrer da entrevista, sendo modificada esta técnica quando o paciente se mostrasse constrangido ou exigindo mais atenção; nesta circunstância, o formulário foi preenchido posteriormente.

#### Procedimentos para a Aplicação do Plano de Orientação Pré-Operatório

Os pacientes dos grupos A e B foram orientados pela pesquisadora, após a coleta de dados do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório. Os do grupo C foram orientados pelas enfermeiras das Unidades de Internação.

Para ser executado o Plano de Orientação foi necessário que o paciente concordasse em ser orientado. O objetivo específico da orientação referiu-se ao período pós-operatório na UTI; para não haver uma lacuna entre o momento que o paciente era transferido da Unidade de Internação para o Centro Cirúrgico, considerou-se oportuno orientá-lo também quanto a este período.

As orientações desta fase foram subdivididas em: A. Preparo pré-operatório e B. Transporte, recepção e início do ato cirúrgico. No preparo pré-operatório, explicava-se a tricotomia total,

o banho com sabão antisséptico seguido do banho com álcool-iodado, o uso de roupas esterilizadas privativas de Centro Cirúrgico e a medicação pré-operatória, dizendo-se a via, ação e hora que seria administrada. Quanto ao transporte, recepção e início do ato cirúrgico foi explicado o sistema de transporte da Unidade de Internação para o Centro Cirúrgico, feito em maca pelo sistema Transfer, isto é, ao chegar ao Centro Cirúrgico, o estrado da maca onde se encontra o paciente é introduzido por uma abertura tipo janela para o interior do Centro Cirúrgico, ficando no corredor externo a pessoa que o acompanhou e a estrutura com rodízios da maca. O ambiente do Centro Cirúrgico, com seus aparelhos, focos, mesas e pessoas com vestes apropriadas, foi sucintamente descrito e, quando o paciente já havia sido submetido a exame hemodinâmico, comparava-se o Centro Cirúrgico à Unidade de Hemodinâmica.

Poderia acontecer que, uma vez o paciente estando no Centro Cirúrgico, houvesse um pequeno período de espera antes de ser introduzido na sala cirúrgica; isto foi avisado ao paciente. Uma vez na sala cirúrgica, seria iniciada a dissecação de um vaso, com anestesia local, e por esta via cateterizada seria feita a anestesia geral.

O ato cirúrgico não constava do plano de orientação, pois o objetivo da orientação foi restrito ao período em que o paciente se encontrasse consciente. Havendo solicitação de esclarecimento por parte do paciente sobre o ato cirúrgico, este esclarecimento era dado.

A orientação para o período pós-operatório na UTI está detalhada no Anexo II. Ao paciente era explicada a situação-problema, a justificativa do problema e o incômodo causado ao paciente. A assistência de enfermagem que consta no plano foi a indicação para a equipe de enfermagem prevenir e assistir a estas situações-problema.

Na descrição da Orientação para o Pós-Operatório usamos o presente indicativo por se aproximar da linguagem utilizada com os pacientes:

Quanto às características do Ambiente da UTI, orientava-se:

- A unidade do paciente é compreendida por box semi-isolado e contém equipamentos especializados; isto se justifica pela necessidade de assistência continuada exercida por pessoal especializado e equipamentos próprios de terapia intensiva. A distribuição por box facilita a visualização dos pacientes pela equipe de assistência. O incômodo causado ao paciente é originado pelo barulho e movimento, que dificultam sono e repouso e permitem ao paciente ver o tratamento dado aos outros pacientes.
- A permanência constante de médicos e pessoal de enfermagem com solicitação para que o paciente colabore e participe na sua recuperação, a presença da equipe, e sua assistência contínua têm por objetivo a prevenção de complicações, mas podem causar dificuldades de sono e repouso devido às muitas solicitações.
- A impossibilidade de receber visitas tem a finalidade de diminuir contaminações do ambiente e evitar emoções ao paciente; o incômodo causado é a ausência de familiares, porém, em situações especiais, pode-se permitir visitas por curtos períodos. O Tempo de permanência na UTI, longe dos familiares, sendo de 48 horas, é relativamente pouco e estes são regularmente informados da evolução do paciente.
- As luzes permanecem acesas diuturnamente, porque na UTI não há iluminação natural, e porque permitem a observação dos pacientes. Esta situação gera perda da noção "dia e noite" e dificulta o sono e repouso do paciente. A equipe de assistência esforça-se pa-

ra criar e manter períodos propícios para sono e repouso e o paciente é informado das horas.

- O tempo de permanência na UTI é em média de 48 horas, podendo ser de 36 a 60 horas; este tempo é o necessário para estabilizar os parâmetros vitais. É um período cansativo para o paciente, porque quase não dorme devido às solicitações para colaborar no tratamento.
- O paciente permanece sem roupas enquanto estiver na UTI, para facilitar os cuidados que se fazem necessários; é difícil o uso de roupa devido à presença de drenos, cateteres e sondas. Isto fere a intimidade do paciente, o que se procura evitar mantendo o paciente coberto.

#### Quanto à Assistência Respiratória:

- A cânula de entubação, que é um tubo de borracha introduzido pela boca do paciente, atingindo a traquéia, é colocada no Centro Cirúrgico sob efeito de anestesia geral. Na extremidade externa do tubo adapta-se o respirador artificial que promove a oxigenação; havendo secreção pulmonar é aspirada pela cânula de entubação. A cânula de entubação pode causar dor, sensação de asfixia, sensação de ânsia de vômito, acúmulo de saliva e cheiro ruim na boca, além de não permitir que o paciente fale. O tempo de entubação é de aproximadamente oito horas na UTI e o relaxamento muscular voluntário e o controle consciente de suas reações diminuem muito o incômodo causado pela cânula. Procura-se manter comunicação extra verbal com o paciente.
- O dreno torácico é um tubo de borracha colocado na cavidade pleural, que se exterioriza na região intercostal esquerda ou direita, tem por finalidade remover ar, sangue e líquido coletados

- após a cirurgia. Sua presença pode causar dor e dificultar os movimentos. Havendo dor, é administrado analgésico e a movimentação é feita com auxílio.
- A aspiração orotraqueal é feita pela introdução de uma sonda pela cânula de entubação, tendo por finalidade remover secreções das vias aéreas. Pode causar dor e sensação de asfixia; para se diminuir este incômodo as aspirações são rápidas, de um a dois minutos.
  - Os exercícios respiratórios são um conjunto de procedimentos para aumentar a capacidade pulmonar e remover secreção. Compreendem exercícios com respirador, vibrador, tapotagem, tosse e nebulização; têm por objetivo promover expansão pulmonar e melhorar a oxigenação dos tecidos. Alguns pacientes consideram que não têm condições de fazer os exercícios, mas há necessidade de sua colaboração por ser uma terapêutica ativa.
  - O respirador é um aparelho que insufla uma mistura de ar e oxigênio nos pulmões, adaptado à cânula de entubação, e que emite um ruído próprio. Tem por finalidade manter a função pulmonar normal. O desconforto que causa são o ruído, a inspiração forçada e a frequência respiratória que é determinada pelo aparelho. O paciente deve relaxar e acompanhar o aparelho, este é regulado para atender às necessidades do paciente.

#### Quanto à dor:

- A dor ocorre nos locais de incisão cirúrgica, inserção dos drenos, sondas e cateteres. A medicação para dor é administrada quando se faz necessária, respeitando o intervalo entre uma dose e outra. Procura-se evitar o excesso de medicação, pois esta seda o paciente e dificulta sua participação na recuperação.

Quanto à Motilidade:

- Enquanto perdura o efeito anestésico, os membros superiores permanecem restringidos para evitar que o paciente se auto-agrida ; quando consciente e tranqüilo esta restrição é removida.
- A posição na cama é deitada de costas com a cabeceira elevada , mantida para facilitar expansão pulmonar e o trabalho cardíaco. Pode ser uma posição incômoda e cansativa, o que é contornado com a lateralização do decúbito.

Quanto às Eliminações:

- A eliminação da urina se processa pela sonda vesical, que é um tubo de borracha introduzido pela uretra até a bexiga; esta sonda é passada quando o paciente está sob efeito anestésico, no Centro Cirúrgico. A finalidade da sondagem é o controle do volume e aspecto da urina; a presença da sonda pode causar um ardor na uretra e a sensação de micção iminente.

Quanto ao Uso de Aparelhos:

- O monitor cardíaco é um aparelho ligado ao paciente por eletrodos colocados sobre a pele na região torácica; a tela do aparelho mostra a atividade cardíaca e emite um som a cada batimento. O incômodo causado são o ruído e a presença dos eletrodos; procura-se manter baixo o volume do monitor e os eletrodos não causam dor.

Estas orientações foram sempre adequadas à capacidade de compreensão do paciente, o conteúdo das orientações sempre foi o mesmo, porém as palavras utilizadas podiam ser modificadas.

Após a explicação de cada item, o paciente foi ques-

tionado se havia compreendido seu conteúdo, se havia dúvidas e perguntas que desejasse fazer.

Procedimentos para a Aplicação do Processo de Enfermagem:

A aplicação do Processo de Enfermagem na UTI foi feita por aluna de enfermagem, do Curso de Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina, turma de 1983, quando cursando a Disciplina de Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos.

As alunas, durante esta atividade, contaram com supervisão direta e contínua da pesquisadora, que era a professora responsável pela Disciplina e de uma enfermeira-monitora, que era a enfermeira-encarregada da Unidade de Recuperação da instituição de campo-da-pesquisa.

Houve também a participação de toda a equipe de enfermagem da Unidade, nos turnos da manhã e tarde, quando se deu o estágio das alunas, colaborando na assistência prestada e dando sugestões e, nos turnos da noite, executando a Prescrição de Enfermagem elaborada pelas alunas.

A equipe multiprofissional, principalmente médicos e fisioterapeutas, também desenvolveu um trabalho integrado com as estagiárias, pois esta foi a única maneira de se assistir globalmente aos pacientes.

Determinou-se o paciente que cada aluna iria assistir, a aluna recebeu o Histórico de Enfermagem Pré-Operatório para ler e comentar com a pesquisadora.

A finalidade disto foi fazer com que a aluna conhecesse os hábitos de seus pacientes, seus anseios e assim esboçasse o seu perfil.

Quando o paciente chegava do Centro Cirúrgico na Unidade de Terapia Intensiva era recebido pela aluna, a professora e uma enfermeira da Unidade. Procedia-se à imediata conexão da cânula do paciente ao respirador, monitoravam-se a atividade cardíaca, a pressão arterial média a temperatura corporal. Os cateteres arterial e venoso eram examinados e lavados, era coletado sangue para exame e medida a pressão venosa central, as soluções hidroeletrólíticas eram infundidas, a sonda vesical colocada em drenagem, os membros superiores restringidos, a cabeceira da cama elevada e o paciente coberto.

Estes procedimentos, executados coordenadamente pelos três elementos da enfermagem, duraram de cinco a oito minutos, sendo em seguida registrados na "Ficha de Controle" os dados mensuráveis que foram encontrados.

Com o paciente instalado na Unidade, a aluna iniciava o registro dos dados do Histórico de Enfermagem.

#### Histórico de Enfermagem

Os dados de identificação foram colhidos do prontuário e completados com a data e hora de entrada na UTI. O Exame Físico foi realizado utilizando: inspeção, palpação, percussão e ausculta, sempre obedecendo o roteiro (Anexo III) que orientava a aluna de enfermagem quanto aos dados mais significativos para o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Quanto à necessidade de Circulação, foram registradas a frequência cardíaca, a presença ou não dos pulsos periféricos, a pressão arterial medida por esfigmomanômetro quando havia dúvida quanto ao valor da pressão arterial média, a pressão arterial média monitorada em cachimbo de vidro ou monitor eletrônico, a pressão venosa central obtida por equipe de três vias em coluna d'água, a identificação das veias e artérias cateterizadas. A avaliação específica deste item devia ser



feita pela aluna, escrevendo nas "observações" as anormalidades identificadas, por exemplo: taquicardia, ritmo juncional, extrassístoles ventriculares, obstrução de cateter, hipotensão arterial e outros.

A necessidade de oxigenação foi examinada quanto à frequência respiratória, contando-se os movimentos de expansão torácica, o tipo de respiração, se espontânea ou ventilador regulado para assistida (o paciente comanda o aparelho) ou controlada (o aparelho comanda o paciente). Devia-se registrar se o paciente encontrava-se em tubado e/ou com o respirador e, neste caso, o tipo do mesmo; o uso de PEP (Pressão Expiratória Positiva), indicando quando o paciente esteve sendo preparado para sair do respirador ou quando evoluiu para alcalose respiratória e, ainda, o uso de nebulização, que é praticamente contínua no respirador ou através de máscara.

Para avaliar o Equilíbrio Hidroeletrólítico do paciente, colhia-se uma amostra de sangue para dosagem de  $\text{Na}^+$  e  $\text{K}^+$  no momento da admissão na U.T.I, e posteriormente este exame era repetido a cada seis horas ou quando se fizesse necessário. O registro de Perdas e Ganhos ocorridos na Sala Cirúrgica, subdivididos em líquidos e sangue, e os respectivos balanços com o cálculo aproximado de reposição.

As hiper ou hipossodemia e as hiper ou hipopotassemia deviam ser registradas na observação.

O Equilíbrio Ácido-básico foi avaliado por amostras de sangue arterial colhidas nos mesmos horários para o Equilíbrio Hidroeletrólítico. A avaliação a ser registrada na "observação" consistiu em dizer se havia acidose ou alcalose metabólica compensada ou não, acidose ou alcalose respiratória compensada ou não ou se havia equilíbrio.

A Integridade cutâneo-mucosa foi avaliada quanto aos locais e aspectos das incisões cirúrgicas; pesquisaram-se lesões na

pele, principalmente nos locais de colocação da placa de bisturi elétrico. A cor e turgor da pele foram também descritos. Nas "observações", a aluna devia avaliar de forma global os achados acima descritos.

Para a necessidade de Integridade Física, pesquisou-se o uso de prótese (sendo o mais comum a prótese dentária), as condições dos membros superiores e inferiores e, nos casos graves, a possibilidade de morte próxima. Na avaliação desta necessidade, levaram-se em conta os achados objetivos e a percepção subjetiva do paciente.

As queixas dolorosas, com indicação do local da dor, duração, intensidade e uso de medicamentos com os seus efeitos foram registradas na necessidade de Percepção Dolorosa. Nas "observações", anotaram-se as reações pessoais do paciente à dor tais como choro, revolta, conformismo, posição no leito e outros.

As condições de higiene da pele e cavidade bucal foram anotadas no Cuidado Corporal. Lembramos que os pacientes no pré-operatório passavam por higienização rigorosa da pele, cabelos, unhas, cavidades auriculares e boca. Nas "observações" registraram-se as causas das sugidades (sangue, secreção, vômitos).

A Motilidade do paciente estava sempre diminuída pela indicação do repouso, a presença de incisões recentes, de drenos, sondas e cateteres. Ainda assim, verificou-se o quanto estava mantida a motilidade dos membros superiores e inferiores.

A necessidade de Nutrição foi avaliada quanto ao tipo de alimentação que o paciente estava recebendo e a via de ingestão; a aceitação alimentar e a participação para suprir esta necessidade.

A Eliminação Urinária, feita pela sonda vesical até o preparo do paciente para a alta da U.T.I., foi um indicador do volume urinário e das características de diurese.

Quanto à necessidade Terapêutica, a aluna de enfermagem devia relacionar os medicamentos em uso, conhecer sua ação, indicação, contra-indicações.

O registro de Sono e Repouso com os períodos que o paciente conseguia dormir e repousar, o tipo de sono observado: profundo, superficial, agitado, sonolência constante.

Por ser necessidade de Segurança um parâmetro difícil de ser avaliado objetivamente, tomou-se como indicador a capacidade do paciente de "colaborar com o tratamento", compreendendo-se por isto o paciente que ainda entubado consegue respirar sincronizadamente com o respirador, aquele que se esforça por fazer os exercícios respiratórios (respira fundo, tosse) colabora quando se troca um lençol ajudando na mobilização, tenta alimentar-se sozinho. Para avaliar a Segurança Emocional, estes comportamentos foram observados, registrados e regularmente analisados quanto à adequação dos comportamentos com o estado geral do paciente.

A regulação neurológica teve por objetivo avaliar o Nível de Consciência, registrando a resposta verbal e não verbal, quanto à adequação da linguagem, a presença de resposta sensitiva, motora e dolorosa. A avaliação do paciente quanto a estes quatro aspectos foi feita levando em consideração o paciente como um todo; quando sob efeito anestésico, todos os itens foram checados e, recobrada a consciência gradativamente, deu-se atenção às respostas mais elaboradas do sistema nervoso. Até a alta da Unidade, o paciente devia ser avaliado quanto à adequação da linguagem. Nas condições oculares, eram observados os movimentos oculares, se conjugados ou não; e nas pupilares o tamanho e reflexo fotomotor.

Estas necessidades básicas mencionadas, num total de 15, foram selecionadas por serem as comumente afetadas nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, o que não significou que ou-

tras não pudessem estar também afetadas. As alunas foram orientadas para pesquisar a manifestação de outros problemas, mesmo que não constassem no roteiro do Histórico de Enfermagem.

Uma vez completado o Histórico passou-se à fase seguinte do Processo, o Diagnóstico de Enfermagem.

#### Diagnóstico de Enfermagem

HORTA <sup>(24)</sup> diz que o diagnóstico de enfermagem é "a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pela (o) enfermeira (o), do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão".

O Diagnóstico de Enfermagem se constituiu da lista das Necessidades Básicas Afetadas, obedecendo o roteiro do Histórico de Enfermagem, tendo espaço para outros que fossem mencionados.

A análise dos problemas de enfermagem identificados permitiu a determinação da necessidade básica afetada, o que se fez simultaneamente com a definição da ação.

Ao lado das necessidades listadas, constavam as Ações de enfermagem categorizadas em Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar. Após a avaliação dos Problemas de Enfermagem identificados no Histórico de Enfermagem a aluna devia determinar qual a categoria de ação a ser desenvolvida para assistir este problema.

Compreendeu-se que a ação de maior dependência englobava as ações de menor dependência, isto é, determinando-se que a ação necessária para assistir a necessidade de Circulação fosse FAZER estava subentendido que se devia também AJUDAR, ORIENTAR, SUPERVISIONAR e ENCAMINHAR quando fosse necessário.

Uma vez selecionada a ação a ser desenvolvida para cada necessidade básica afetada, fez-se um sinal no espaço corresponden-

te e em seguida estes sinais foram unidos por um traço no sentido vertical compondo um gráfico que possibilitava visualizar se o paciente se encontrava em maior ou menor grau de dependência da assistência de enfermagem.

O Diagnóstico de Enfermagem devia ser traçado três vezes para o paciente, com permanência média de 48 horas na UTI, a saber, no momento da admissão na UTI, no 1º pós-operatório e no 2º pós-operatório; quando permanecesse mais 24 horas devia ser repetida esta fase do Processo. A cada novo Diagnóstico usou-se uma nova legenda (cores de canetas diferentes) para que não se confundisse com os anteriores.

Com este método pretendeu-se obter um gráfico que demonstrasse a evolução do paciente, quanto ao grau de dependência da enfermagem durante sua permanência na UTI. Outro objetivo do Diagnóstico foi determinar o que HORTA<sup>(24)</sup> chamou de Síndrome, que "seriam o conjunto de necessidades básicas alteradas, inter-relacionadas, configurando um quadro característico, presente em certas condições de desequilíbrio do ser humano", ou seja, identificar as necessidades comumente afetadas em paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

#### Plano Assistencial

O Plano Assistencial compreende a "determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico" (HORTA<sup>24</sup>). Portanto, os problemas foram identificados no Histórico de Enfermagem, as necessidades básicas afetadas por estes problemas foram determinadas no Diagnóstico e, no Plano Assistencial, fez-se o planejamento global do atendimento das necessidades básicas afetadas, especificamente para o período que o paciente permaneceria na Terapia Intensiva, não compreendendo o pós-operatório na Unidade de Internação.

Atendendo a seqüência que acabamos de descrever, todas as necessidades básicas afetadas tiveram que ser objeto do Plano Assistencial.

A fase seguinte do Processo foi a Prescrição de Enfermagem.

#### Prescrição de Enfermagem

A quarta fase do processo, a Prescrição de Enfermagem, consistiu na determinação dos cuidados diários específicos para atender às necessidades básicas afetadas.

Para a Prescrição de Enfermagem utilizou-se o impresso próprio da instituição, pois esta fase da metodologia já estava implantada de forma regular no hospital. Esta prescrição foi transcrita para o impresso de coleta de dados para posterior avaliação.

Como características das Prescrições de Enfermagem pode-se mencionar que deviam ser concisas, claras e específicas, iniciadas por um verbo no infinitivo que indicasse a ação, os itens enumerados, checados após a execução, determinados os horários de execução e ser assinadas.

A ordem a ser seguida para os itens da Prescrição de Enfermagem devia obedecer à seqüência estabelecida das necessidades básicas afetadas, podendo eventualmente ser agrupada mais de uma necessidade em cada item, como por exemplo: Controle de sinais vitais, compreendendo freqüência cardíaca, respiração, pressão arterial e temperatura.

A implementação da Prescrição de Enfermagem foi realizada pelas alunas e equipe de enfermagem da instituição nos horários da manhã e tarde e, no horário noturno, pela equipe de enfermagem da instituição.

### Evolução de Enfermagem

Evoluir consistiu em avaliar todos os parâmetros que o paciente apresentava no momento e a resposta que se obteve com a aplicação da última Prescrição de Enfermagem.

A primeira Evolução foi feita no pós-operatório imediato, quando o paciente estivesse internado no mínimo há três horas na Recuperação. Consultando o roteiro do Histórico de Enfermagem, todas as necessidades básicas foram reavaliadas; verificou-se o Plano Assistencial frente aos novos problemas para ser atualizado e checaram-se os itens da Prescrição de Enfermagem para conferir se tudo havia sido executado. As Avaliações de Enfermagem também foram lidas.

Esta primeira Evolução, feita num curto período de tempo após a coleta do Histórico de Enfermagem, justificou-se pela rápida mudança de quadro, visto que os pacientes se encontravam em pós-operatório imediato saindo do efeito anestésico.

A segunda evolução, realizada no primeiro pós-operatório, obedeceu os mesmos critérios de avaliação. A terceira foi feita no segundo pós-operatório, via de regra, quando o paciente já estava com a alta da Unidade assinada; caso permanecesse mais dias na Unidade, as Evoluções eram repetidas a cada 24 horas.

### Prognóstico de Enfermagem

A última etapa do Processo de Enfermagem é o Prognóstico de Enfermagem. Na elaboração deste devia ser previsto o quanto o paciente conseguiria se tornar independente da assistência de enfermagem no momento da alta da Unidade sempre tendo como referencial as necessidades básicas identificadas como afetadas no Diagnóstico de Enfermagem.

O Prognóstico de Enfermagem devia ser claro e conciso, e elaborado no primeiro pós-operatório para os pacientes estabilizados e no segundo pós-operatório para os demais.

#### Procedimentos para a Aplicação do Formulário para a Entrevista a Pacientes

O Formulário para Entrevista a Paciente (Anexo IV) teve por finalidade identificar o problema do paciente na UTI, verificar o que lembrava da orientação pré-operatória e sua opinião sobre a orientação recebida.

Esta fase da coleta de dados foi executada por uma aluna da terceira série do curso de enfermagem, treinada para esta atividade. A mesma aluna colheu os dados dos grupos A, B, e C.

O treinamento da aluna-entrevistadora compreendeu a leitura e discussão do trabalho de PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, do projeto de pesquisa deste trabalho e da aplicação do Formulário para a Entrevista a Pacientes a um grupo de dez pacientes que não participaram da amostra. A participação da aluna estendeu-se ao levantamento bibliográfico tendo tido oportunidade de ler e discutir com a pesquisadora a literatura existente sobre os problemas dos pacientes na UTI.

A presença da pesquisadora na instituição campo-da-pesquisa, durante a coleta de dados realizada pela aluna-entrevistadora, permitiu que as situações-problema dos pacientes identificados pela aluna fossem rapidamente comunicadas à pesquisadora.

A aluna recebeu da pesquisadora a lista dos pacientes orientados dos grupos A e B e; quando estes retornavam à Unidade de Internação, após a estada na UTI, eram entrevistados. Os pacientes do grupo C foram indicados à aluna pelas enfermeiras das Unidades de Internação.



Os dados de Identificação foram colhidos no Prontuário do Paciente e completados durante a entrevista quando não constavam no prontuário.

Repetindo a conduta adotada em trabalho anterior PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, a aluna apresentou-se ao paciente como "pessoa não vinculada ao hospital, fazendo um trabalho de pesquisa junto a pacientes submetidos a cirurgia cardíaca".

A primeira pergunta "Diga o que mais incomodou o Sr.(a) quando esteve internado na UTI" procurava identificar apenas um problema, aquele que mais incomodou; se o paciente referia mais de um, pedia-se que apontasse o que o havia incomodado mais.

A segunda pergunta explica a primeira, pois esclarece porque a situação referida como problema foi percebida.

A terceira e quarta questões indagaram sobre se havia sido orientado e sua opinião sobre a orientação. Para estas quatro perguntas foram registradas as respostas da maneira que o paciente as verbalizou.

Quando o paciente lembrava de outras orientações, respondendo sim às questões, perguntava-se quais as que ele lembrava e, conforme suas citações, os itens iam sendo checados no impresso.

Não se mencionou ao paciente os itens constantes na relação e, quando ele lembrava de outras orientações que não constavam na lista, estas eram acrescentadas em "Outros".

Nas observações do Entrevistador ficavam o registro da participação do paciente na entrevista, seu interesse ou não em dar as respostas e também as manifestações de opinião do paciente que escapavam à estrutura da entrevista.

A aluna-entrevistadora registrava o horário de início e término da entrevista e assinava o impresso.

A coleta de dados do grupo Controle foi realizada pela pesquisadora e deu origem à Dissertação de Mestrado intitulada "Problemas dos Pacientes em Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca, na Unidade de Terapia Intensiva"; o formulário utilizado na primeira pesquisa para a entrevista aos pacientes no pós-operatório, foi mantido para o trabalho atual, assim como os procedimentos.

### 2.3. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados relativos ao Histórico de Enfermagem Pré-Operatório são analisados descritivamente, através de tabelas estatísticas.

Os resultados encontrados no período decorrido na Unidade de Terapia Intensiva são mostrados em tabelas e gráficos. Para compreensão da metodologia empregada em todas as fases de coleta de dados e, principalmente, a metodologia da assistência de enfermagem na Terapia Intensiva, apresentamos na íntegra os dados de um paciente. (pág. 57).

Os dados coletados no pós-operatório, relativos ao período no Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva, são também analisados descritivamente.

Para os dados coletados na Entrevista Pós-Operatória, tendo em vista a natureza das variáveis envolvidas, fez-se uma análise estatística inferencial aplicando o teste do Quiquadrado para tabelas de associação e de contingência, com o objetivo de estudar o comportamento dos pacientes de cada um dos grupos com relação à presença dos problemas considerados no trabalho. No caso das tabelas de associação, utilizou-se também o teste exato de Fisher, levando em conta as restrições impostas por COCHRAN (Siegel)<sup>(8)</sup>.

A análise estatística inferencial processou-se inicialmente para se verificar a associação ou não da variável aplicação ou não do

Plano de Orientação entre os grupos Controle e Experimentais e, em seguida, a avaliação da mesma variável entre os três Grupos Experimentais.

### 3. RESULTADOS

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Dezesseis pacientes do grupo A, eram do sexo feminino e 34 do masculino. No grupo B, 21 eram mulheres e 29 eram homens; no grupo C eram 24 homens e 26 mulheres. No total dos três grupos havia 63 mulheres e 87 homens.

Quanto a idade, no grupo A, 19 pacientes tinham de 18 a 40 anos e 31, 40 anos ou mais; do grupo B, 13 pacientes tinham de 18 a 40 anos e 37, 40 anos ou mais; do grupo C, 18 pacientes tinham de 18 a 40 anos e 32, 40 anos ou mais. Nos três grupos, 50 pacientes tinham menos de 40 anos e 100 tinham 40 anos ou mais.

Do grupo A, 45 pacientes eram residentes em São Paulo e cinco residentes fora de São Paulo; no grupo B, 26 residiam em São Paulo e 24 residiam fora; quanto ao grupo C, 39 eram residentes em São Paulo e 11 não eram. Dos 150 pacientes estudados, 110 residiam em São Paulo e 40 residiam fora, estando na cidade apenas para tratamento.

O diagnóstico médico para 25 pacientes do grupo A foi de insuficiência coronariana, 23 tinham lesão valvar e dois, outras patologias cardíacas. No grupo B, 30 eram insuficientes coronarianos, 15 apresentavam lesão valvar e cinco, outras doenças cardíacas. No grupo C, 15 eram insuficientes coronarianos, 33 tinham lesão valvar e dois, outros diagnósticos. Somando os três grupos, 70 dos pacientes eram insuficientes coronarianos, 71 com lesão valvar e nove com outras patologias cardíacas. Houve, portanto, uma significativa mudança na distribuição quanto ao diagnóstico médico no grupo C comparado com os outros dois grupos.

Quanto ao grau de instrução, no grupo A, 39 pacientes estavam na classificação de analfabetos a primeiro grau completo e 11 tinham de segundo a terceiro grau. No grupo B, 32 eram de analfabetos a primeiro grau completo e 18 tinham de segundo a terceiro grau. Para os pacientes do grupo C, não se coletou esta informação por não se aplicar o Histórico de Enfermagem Pré-Operatório.

## 3.2. RESULTADOS DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO

O Histórico de Enfermagem Pré-Operatório foi aplicado pela pesquisadora aos pacientes dos grupos A e B; os pacientes do grupo C, orientados pelas enfermeiras das Unidades de Internação, não tiveram estes dados coletados.

Portanto, os resultados do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório são relativos aos grupos A e B e serão apresentados em Tabelas acompanhadas de descrição.

TABELA I - Pacientes dos Grupos A e B e seus Hábitos Alimentares,

| HÁBITOS ALIMENTARES      | GRUPO |    | TOTAL |
|--------------------------|-------|----|-------|
|                          | A     | B  |       |
| Preferências alimentares | 18    | 20 | 38    |
| Dieta hipergordurosa     | 14    | -  | 14    |
| Dieta hipossódica        | 13    | 24 | 37    |
| Dieta geral              | 5     | 6  | 11    |
| TOTAL                    | 50    | 50 | 100   |

Quanto a Hábitos Alimentares, 18 pacientes do grupo A citaram preferências alimentares, isto é, apreciavam mais determinados alimentos; 14 referiram ingerir alimentos ricos em gorduras; 13 tinham restrição de sal na dieta e cinco afirmaram comer de tudo. Dos pacientes do grupo B, 20 citaram preferências alimentares, 24 tinham restrição de sal e seis comiam de tudo. Dos 100 pacientes em estudo, 38 mencionaram preferências alimentares, 14 usavam dieta hipergordurosa, 37 dieta hipossódica e 11 dieta geral.

Percebeu-se, nos dados apresentados, que apenas 11 pacientes (11% da amostra) se utilizavam de dieta geral, sendo mencionadas freqüentemente preferências alimentares e restrição ao uso do sal.

TABELA II - Pacientes dos Grupos A e B e o Hábito do Tabagismo.

| TABAGISMO                      | GRUPO |    | TOTAL |
|--------------------------------|-------|----|-------|
|                                | A     | B  |       |
| Não tabagista                  | 24    | 25 | 49    |
| Tabagista anterior             | 12    | 17 | 29    |
| Tabagista até a hospitalização | 14    | 8  | 22    |
| TOTAL                          | 50    | 50 | 100   |

Quanto ao uso do tabaco, no grupo A, 24 pacientes afirmaram nunca terem sido tabagistas, 12 foram tabagistas em períodos anteriores, mas não o eram mais quando adoeceram e 14 eram tabagistas até o momento da hospitalização. No grupo B, 25 pacientes nunca fumaram, 17 eram tabagistas anteriormente e 8 fumaram até à hospitalização. Dos 100 pacientes, 49 não eram tabagistas, 29 foram tabagistas em fases anteriores e 22 eram tabagistas até a hospitalização.

TABELA III - Pacientes dos Grupos A e B e o Etilismo.

| ETILISMO        | GRUPO |    | TOTAL |
|-----------------|-------|----|-------|
|                 | A     | B  |       |
| Não etilista    | 32    | 28 | 60    |
| Etilista social | 16    | 18 | 34    |
| Etilista        | 2     | 4  | 6     |
| TOTAL           | 50    | 50 | 100   |

Dos pacientes do grupo A, 32 se disseram não etilistas, 16 etilistas sociais e dois usavam bebidas alcoólicas regularmente. No grupo B, 28 informaram não ser etilistas, 18 ser etilistas sociais e quatro bebedores regulares. Somando os dois grupos, 60 pacientes disseram

não ser etilistas, 34 ser etilistas sociais e seis ser etilistas.

TABELA IV - Pacientes dos Grupos A e B e a Situação de Trabalho.

| SITUAÇÃO DE TRABALHO     | GRUPO |    | TOTAL |
|--------------------------|-------|----|-------|
|                          | A     | B  |       |
| Economicamente ativo     | 27    | 24 | 51    |
| Não economicamente ativo | 10    | 16 | 26    |
| Aposentado               | 10    | 10 | 20    |
| Não definida             | 3     | -  | 3     |
| TOTAL                    | 50    | 50 | 100   |

Quanto à situação de trabalho no grupo A, 27 pacientes eram economicamente ativos, isto é, desempenhavam um trabalho e eram remunerados por isto; dez pacientes não eram economicamente ativos, portanto, não exerciam atividade nem tinham remuneração; dez pacientes eram aposentados e três não definiram com clareza a situação de trabalho. O grupo B apresentou 24 pacientes economicamente ativos, dez aposentados e 16 não economicamente ativos.

Além da identificação econômica, procurou-se saber a adaptação do paciente ao seu trabalho. Dos 27 pacientes economicamente ativos do grupo A, 17 disseram gostar do que faziam e estar adaptados à sua atividade, para três pacientes o trabalho era indiferente, quatro mencionaram preocupações e tensões, um paciente declarou não gostar do que fazia e outro que a doença havia limitado sua atividade.

Dos dez pacientes aposentados do grupo A, nove fizeram comentários de sua atividade, um disse que seu trabalho anterior era difícil. Dos pacientes inativos, oito estavam satisfeitos e dois referiram preocupações, pois estavam desempregados.

As preocupações mencionadas, quanto ao trabalho, foram:



12 pacientes preocupados com a situação financeira por diminuição da renda, três queriam voltar a trabalhar porque gostavam e sentiam falta, dois pretendiam trabalhar em serviço mais leve, um queria se aposentar e outro sentia dificuldade em se empregar por ser cardíaco.

Dos 27 pacientes economicamente ativos, seis eram profissionais liberais, quatro proprietários de empresas, dois empregados de nível técnico, oito empregados qualificados e sete trabalhadores braçais.

Quanto ao grupo B, dos 24 pacientes economicamente ativos, dez afirmaram gostar de seu trabalho e se considerar adaptados, sete referiram a atividade como estressante, dois disseram ter preocupações no trabalho, dois nada comentaram; dos três restantes, um afirmou não gostar de seu trabalho, outro que o trabalho era pesado e o último que era tranquilo.

Dos aposentados, seis nada acrescentaram, um disse ser tranquilo, outro sedentário, um terceiro que era adaptado e um ainda continuava trabalhando.

Dentre os 16 pacientes não economicamente ativos, apenas um disse estar desempregado, os restantes nada comentaram por serem inativos.

As preocupações relativas a trabalho, para seis pacientes se relacionavam à diminuição da renda, dois queriam se aposentar, um sentia sua carreira truncada, outro queria mudar de atividade e um último queria retornar ao trabalho logo, porque sentia falta.

Dos 24 pacientes economicamente ativos, do grupo B, seis eram profissionais liberais, seis proprietários de empresa, três técnicos especializados, oito empregados qualificados e um trabalhador braçal.

(Tabela V-página seguinte)

TABELA V - Pacientes dos Grupos A e B e o Estado Civil.

| ESTADO CIVIL | GRUPO |    | TOTAL |
|--------------|-------|----|-------|
|              | A     | B  |       |
| Casado       | 29    | 41 | 70    |
| Solteiro     | 6     | 5  | 11    |
| Viúvo        | 7     | 4  | 11    |
| Amasiado     | 6     | -  | 6     |
| Desquitado   | 2     | -  | 2     |
| TOTAL        | 50    | 50 | 100   |

Quanto à situação familiar, no grupo A, 29 pacientes informaram ser casados, seis solteiros, sete viúvos, seis amasiados e dois desquitados. Do grupo B, 41 disseram ser casados, cinco solteiros e quatro viúvos. Questionados quanto à posição que ocupavam na família, no grupo A, 29 homens disseram ser o "Pai" e chefe de família e 14 mulheres se denominaram a "Mãe da família", sete pacientes não definiram sua posição na constelação familiar. No grupo B, 26 pacientes se identificaram como "Pai" e 18 como "Mãe", sendo que seis não definiram sua posição. A indefinição foi característica de todos os solteiros.

Quando questionados sobre as atividades exercidas na família, houve necessidade de esclarecimentos para os pacientes do sexo masculino; explicou-se que se queria saber a participação na educação dos filhos, manutenção ou consertos da casa, colaboração nos afazeres domésticos ou outra atividade desempenhada no lar. Dos pacientes homens do grupo A, 20 disseram não fazer nada em casa, nove executavam pequenos serviços, dois dividiam com a esposa as tarefas domésticas, dois faziam todo o serviço e um disse que ajudava levando a família a passear. Do grupo B, 20 pacientes homens disseram não fazer nada em casa, quatro executavam pequenos serviços, dois ajudavam quando necessário e três mencionaram ativida-

des de lazer.

Dos pacientes do grupo A, nove mencionaram como limitações para suas atividades na família o cansaço e não poder fazer esforço; duas referiram tonturas e uma precisar de ajuda; uma referiu não ter quem faça por ela e a necessidade de cuidar de uma filha cega, sem ter condições; uma paciente não referiu limitações.

No grupo B, 11 pacientes relataram cansaço e diminuição de suas atividades no lar, duas referiram palpitação que as impedia de fazer determinados esforços, duas já não realizavam seus afazeres domésticos anteriores habituais e três faziam algumas atividades bem devagar.

A vida familiar, via de regra, é acompanhada de preocupações com a família; é o que vemos ocorrer nos dois grupos. Dos pacientes do grupo A, 20 não relataram dificuldades e preocupações; dois que referiram preocupação, a maior foi com os filhos, para nove pacientes; cinco relataram como dificuldade o relacionamento com os filhos; quatro pacientes não se relacionavam bem com o cônjuge; dois tinham o cônjuge doente; e sempre com incidência um: saudade, medo de morrer, problemas financeiros, não ter família, esposa falecida, preocupação com a esposa, querer voltar a trabalhar, família não saber da hospitalização.

No grupo B, 14 pacientes disseram não ter dificuldades de relacionamento nem preocupações, 15 estavam preocupados com os filhos, cinco com a família, três mencionaram mau relacionamento conjugal e dois com a família; quatro pacientes referiram pequenas preocupações, e sempre a incidência de um: saudade, esposa doente, medo de faltar com a família, medo da cirurgia, e que gostaria de casar.

TABELA VI - Pacientes dos Grupos A e B e as Atividades de Lazer.

| ATIVIDADES DE LAZER | GRUPO |    | TOTAL |
|---------------------|-------|----|-------|
|                     | A     | B  |       |
| Passear             | 10    | 12 | 22    |
| Ver televisão       | 8     | 7  | 15    |
| Ler                 | 6     | 6  | 12    |
| Trabalhos manuais   | 3     | 11 | 14    |
| Não fazer nada      | 4     | 8  | 12    |
| Jogar               | 4     | 1  | 5     |
| Dormir              | 3     | -  | 3     |
| Outros              | 12    | 5  | 17    |
| TOTAL               | 50    | 50 | 100   |

Quanto às atividades de lazer, dez pacientes do grupo A disseram gostar de passear, oito de ver televisão, seis de ler, três de fazer trabalhos manuais, quatro de não fazer nada, quatro de jogar, três de dormir e 12 outras atividades tais como cuidar da horta e do jardim, ouvir música, comer e beber, ir ao cinema, namorar e dançar. No grupo B, 12 disseram gostar de passear, sete de ver televisão, seis de ler, 11 de fazer trabalhos manuais, oito de não fazer nada, um de jogar e cinco de fazer outras coisas como cuidar do jardim e namorar.

(Tabela VII-página seguinte)

TABELA VII - Pacientes dos Grupos A e B e a Prática de Esportes.

| PRÁTICA DE ESPORTES | GRUPO |    | TOTAL |
|---------------------|-------|----|-------|
|                     | A     | B  |       |
| Não praticava       | 25    | 31 | 56    |
| Futebol             | 5     | 10 | 15    |
| Correr              | 6     | -  | 6     |
| Nadar               | 3     | 1  | 4     |
| Andar               | 6     | -  | 6     |
| Ginástica           | -     | 2  | 2     |
| Outros              | 5     | 6  | 11    |
| TOTAL               | 50    | 50 | 100   |

A prática de esportes, no grupo A, apresentou-se assim: cinco pacientes jogavam futebol, seis corriam, três nadavam e cinco faziam outras modalidades. No grupo B, dez praticavam futebol, um nadava, dois faziam ginástica e seis outras modalidades. Via de regra, esta prática desportiva não era regular e frequentemente lembrada como coisa do passado há muito tempo abandonada. Apenas um paciente do grupo B fazia condicionamento físico sob supervisão especializada, este paciente tinha 74 anos de idade e dois infartos de miocárdio anteriores.

Quando se questionaram as limitações que a doença atual tinha acarretado quanto ao lazer e esporte, 25 pacientes do grupo A não consideraram que houve limitações, estas respostas foram coincidentes com aqueles pacientes que não praticavam esporte, 20 pacientes disseram que não podiam fazer esforço e que isto limitava tanto o lazer como o esporte e cinco pacientes disseram que sentiam muito cansaço.

No grupo B, 27 pacientes não mencionaram restrições nas atividades, aqui também coincidindo com os que não praticavam esportes,

sendo que quatro destes praticavam atividades físicas leves e ainda as mantinham; quatro pacientes referiram cansaço como motivo para a inatividade, três disseram que tinham medo de fazer esforço e 16 afirmaram que não podiam fazer esforço físico.

O exame hemodinâmico é realizado para quase a totalidade dos pacientes com indicação de cirurgia cardíaca. Procurou-se então, saber se o paciente lembrava de ter sido orientado e por quem e qual sua impressão sobre o exame.

TABELA VIII - Pacientes dos Grupos A e B e a Orientação para o Cateterismo Cardíaco.

| ORIENTAÇÃO PARA CATETERISMO<br>CARDÍACO | GRUPO |    | TOTAL |
|---|-------|----|-------|
|   | A     | B  |       |
| Orientado                               | 36    | 37 | 73    |
| Não orientado                           | 11    | 10 | 21    |
| Não lembra                              | -     | 3  | 3     |
| Não fez cateterismo                     | 3     | -  | 3     |
| TOTAL                                   | 50    | 50 | 100   |

Dos 50 pacientes do grupo A, 36 disseram ter sido orientados para cateterismo, 11 que não foram orientados e três não fizeram cateterismo; no grupo B, 37 afirmaram ter recebido orientação, dez disseram que não foram orientados e três não lembravam. Dos dez pacientes que disseram não ter sido orientados, do grupo B, um disse que estava inconsciente e quatro pacientes fizeram mais de dois cateterismos.

Dos 36 pacientes do grupo A que disseram ter sido orientados para o cateterismo cardíaco, 22 não lembraram quem os orientou, oito disseram que foi um médico, dois por psicóloga, dois por enfermeira, um por outro paciente e outro pelo irmão.

No grupo B, com 37 orientados, 21 não lembraram por quem, sete disseram que foi um médico, quatro por uma moça, três leram o folheto e dois por enfermeira.

Questionou-se o que o paciente tinha sentido no momento do exame hemodinâmico. As respostas obtidas são apresentadas subdivididas em grupos de pacientes orientados e não orientados.

TABELA IX - Pacientes dos Grupos A e B e a Percepção quanto ao Cateterismo Cardíaco.

| PERCEPÇÃO QUANTO AO<br>CATETERISMO CARDÍACO | DISSERAM SER<br>ORIENTADOS |    | DISSERAM NÃO SER<br>ORIENTADOS |    | TOTAL |
|---|----------------------------|----|--------------------------------|----|-------|
|   | A                          | B  | A                              | B  |       |
| Calor                                       | 7                          | 12 | 1                              | 2  | 22    |
| Nada  | 12                         | 5  | 3                              | 1  | 21    |
| Medo  | 4                          | 8  | 2                              | 3  | 17    |
| Vômitos                                     | 3                          | 3  | 1                              | -  | 7     |
| Dor   | 4                          | 2  | 1                              | 1  | 8     |
| Foi fácil                                   | 1                          | 2  | -                              | -  | 3     |
| Outros                                      | 5                          | 5  | 3                              | 3  | 16    |
| TOTAL                                       | 36                         | 37 | 11                             | 10 | 94    |

OBSERVAÇÃO: três pacientes não foram cateterizados e três não lembravam se foram orientados.

Dos pacientes dos grupos A e B que foram submetidos a exame hemodinâmico e que se lembraram deste procedimento, 22 disseram que sentiram calor, 21 não sentiram nada, 17 estavam com medo, sete vomitaram, oito queixaram-se de dor, três disseram que o exame foi fácil, e 16 apresentaram outras respostas principalmente complicações do exame do tipo parada cardíaco-respiratória, choque, tontura, alergia ao contraste.

TABELA X - Pacientes dos Grupos A e B e as Experiências Anteriores quanto à Hospitalização.

| EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES       | GRUPO |    | TOTAL |
|---------------------------------|-------|----|-------|
|                                 | A     | B  |       |
| Primeira hospitalização         | 13    | 14 | 27    |
| Cirurgia cardíaca anterior      | 8     | 6  | 14    |
| Internação UTI clínica          | 7     | 12 | 19    |
| Internação tratamento cirúrgico | 7     | 7  | 14    |
| Internação tratamento clínico   | 13    | 8  | 21    |
| Maternidade                     | 2     | 3  | 5     |
| TOTAL                           | 50    | 50 | 100   |

Para 13 pacientes do grupo A, a atual hospitalização foi a primeira em sua vida, oito já haviam feito uma ou mais cirurgias cardíacas anteriormente, sete estiveram internados em Unidade de Terapia Intensiva para tratamento clínico, sete para tratamento cirúrgico em Unidade de Internaçoão, 13 foram submetidos a tratamento clínico, tendo sido hospitalizados. Duas pacientes referiram como experiência hospitalar anterior, atendimento na maternidade.

No grupo B, 14 pacientes, estavam na primeira hospitalização, seis haviam feito cirurgia cardíaca anterior, 12 já haviam sido assistidos em UTI clínica, sete tinham feito tratamento cirúrgico, oito passaram por internaçoão clínicas e três pacientes somente conheciam a maternidade.

### 3.3. RESULTADOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

O processo de enfermagem foi aplicado aos pacientes do grupo experimental B durante a permanência destes na Unidade de Terapia Intensiva.



A identificação dos problemas de enfermagem foi realizada pela aplicação do Histórico de Enfermagem (Anexo III) na admissão do paciente à Unidade e nas posteriores avaliações, realizadas sempre obedecendo o roteiro proposto no Histórico de Enfermagem.

A análise dos problemas assim identificados permitiu de terminar as necessidades básicas afetadas no pós-operatório imediato e, pelas avaliações repetidas nos 1º e 2º dias de pós-operatório (P.O) chegou-se à evolução destas necessidades, obtendo-se assim o Diagnóstico de Enfermagem em três momentos do pós-operatório na UTI.

A instituição campo-da-pesquisa utiliza como metodologia de assistência um Histórico de Enfermagem orientado para os sistemas, aplicado nas primeiras 24 horas de internação do paciente; é seguido da elaboração da Lista de Problemas que foram identificados através do Histórico. As etapas subseqüentes são a Prescrição e Evolução de Enfermagem realizadas a cada 24 horas.

A pesquisa envolvendo a metodologia de assistência, usando como referencial a teoria de HORTA<sup>(24)</sup> foi aplicada integrando-se o instrumental já implantado na instituição. Assim, acrescentamos o Histórico de Enfermagem Pré e Pós-operatório, o Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial e Prognóstico de Enfermagem. As etapas de Prescrição e Evolução foram realizadas pelas alunas da habilitação utilizando os impressos próprios para este fim já existentes no hospital.

A assistência de enfermagem na UTI, para o grupo experimental B, deve ser compreendida como um trabalho conjunto da equipe de enfermagem da instituição com as alunas da habilitação e pesquisadora.

As alunas davam cobertura a um período de 12 horas consecutivas, subdivididas em dois turnos de seis horas; mesmo neste período, a assistência se fazia de forma integrada e, portanto, recebia influência da equipe da instituição assim como influiu na assistência prestada pela equi

pe. Procurou-se manter, assim, a integração docente-assistencial tão necessária em campo de ensino.

A escolha da instituição campo-da-pesquisa deveu-se à sua alta qualidade técnico-científica, ao fato de já empregar uma metodologia científica de assistência de enfermagem e por permitir ao aluno desempenhar suas atividades de aprendizagem dentro de padrões profissionais.

As Prescrições elaboradas pelas alunas eram cumpridas pela equipe de enfermagem e reelaboradas por esta quando o estado do paciente assim o exigisse; as Evoluções das alunas eram realizadas após consulta às Anotações e Controles registrados pela equipe.

Para facilitar a compreensão da metodologia de assistência utilizada na Terapia Intensiva apresentar-se-ão, em seguida, os dados de um paciente, assistido por alunos durante o estágio, relacionando o Histórico de Enfermagem Pré-Operatória com o Processo de Enfermagem na UTI e a Entrevista Pós-Operatória.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO

I - IDENTIFICAÇÃO

Grupo: Experimental B Caso n°: 7 Registro: \_\_\_\_\_  
Nome : L.C.F. Leito : \_\_\_\_\_  
Idade: 25 anos Sexo: F Procedência: Minas Gerais  
Grau de Instrução: 1º grau incompleto Diag.Médico: Dupla lesão  
mitral.

II - HÁBITOS

Alimentares (frequência e preferências alimentares):

Comia de tudo, três refeições diárias, não refere preferências ou intolerâncias , dieta hipossódica.

Tabagismo e Alcoolismo (número de cigarros, a quanto tempo fuma , grau de dependência):

Não fumava e não bebia.

III - SITUAÇÃO DE TRABALHO

Profissão: Empregada doméstica Atividade: trabalha em casa de família.

Satisfações e Insatisfações na atividade de trabalho: gostava do que fazia.

Limitações impostas pela doença: parou de trabalhar há quatro meses.

Preocupações futuras: sustentava a família, o marido não gosta de trabalhar.

IV - SITUAÇÃO FAMILIAR

Posição na constelação familiar: casada, vive com o marido.

Atividades na família: fazia tudo em casa.

Limitações impostas pela doença: há oito meses limitada por cansaço e falta de ar.

Dificuldades de relacionamento familiar: mau relacionamento com o marido.

Preocupações futuras: com os três filhos menores (três a oito anos), a menor está em São Paulo na casa de uma irmã da paciente.

V - LAZER:

O que fazia nas horas vagas?

Não parava de trabalhar, não tinha horas de folga.

Atividades físicas e/ou esportes que praticava:

Não praticava esporte, só trabalhava.

Limitações impostas pela doença:

Relativas ao trabalho.

VI - EXPERIÊNCIAS ANTERIORES:

- Exame hemodinâmico: Sim

Foi orientado para o exame? Como?

Orientada por uma moça do hospital, não lembra o nome, nem o conteúdo.

O que sentiu ao fazer o exame?

Achou bom, sentiu calor durante o exame.

- Internações anteriores em UTI: não

Tipo de internação, tempo de permanência, relato da experiência:

Internada duas vezes para tratamento cardíaco, em unidade geral, no interior.

OBSERVAÇÕES: Entrevista e orientação feitas na véspera da cirurgia, duração uma hora e vinte minutos.

Paciente responde as perguntas com demonstração de pouco interesse. Participativa na orientação, solicita nova explicação quando tem dúvidas.

Aparentemente aceita o tratamento e situação atual com atitude de fatalismo, não percebe como ajudar e modificar a situação.

I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIO

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: L.C.F. R.G.: \_\_\_\_\_

Sexo: Feminino Idade: 25 anos Nacionalidade: Brasileira

Diagnóstico médico: dupla lesão mitral Peso: 46 kg.

Cirurgia realizada: plástica de válvula mitral mais comissurotomia mitral.

Data de internação: 5 dias de internada.

Data de entrada na UTI: \_\_\_\_\_ Hora do exame: 13:45 h

OBSERVAÇÕES: Paciente com fibrilação atrial crônica.

2. EXAME FÍSICO E DADOS DE INTERESSE:

2.1. Circulação:

Freq. card.: 86 batimentos/minuto. Pulsos periféricos: presentes.

P.A.: não verificada P.A.M.: 70 mmHg PVC: + 12 mmH<sub>2</sub>O

Veias cateterizadas: cefálica esquerda e subclávia direita.

Artérias cateterizadas: radial esquerda.

OBSERVAÇÕES: Com cateter em átrio esquerdo.

2.2. Oxigenação:

Freq.resp.: 8 rpm Resp.espontânea: não

Assistida: não Controlada: sim

Entubado : sim Vol.Mín.:

Tipo Ventilador: à pressão PEP: não

Nebulização: contínua.

OBSERVAÇÕES: Frequência respiratória baixa para compensar alcalose respiratória

2.3. Equilíbrio hidreletrolítico:

Na<sup>+</sup>: 146 mEq/l    K<sup>+</sup>: 3,4 mEq/l    Ht: 36%    Hb:  
Perdas: 260 ml            Ganhos: 1.460 ml  
Balanço hídrico: + 1.720 ml  
Reposição: - 120 ml/hora            gotas/min.

OBSERVAÇÕES: o gotejamento das infusões controlado de acordo com Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup> e sinais vitais. Diminuição do K<sup>+</sup> pode ser compensatório da alcalose respiratória. Sódio levemente aumentado.

2.4. PO<sub>2</sub> 174 mm Hg    PCO<sub>2</sub> 19 mm Hg    PH 7,60  
BE - 1            HCO<sub>3</sub> 19 mEq/l    SAT O<sub>2</sub> 98,7%

OBSERVAÇÕES: Alcalose (pH 7,60) respiratória com aumento de PaO<sub>2</sub> (174 mmHg) e diminuição de PaCO<sub>2</sub> (19 mmHg), saturação de O<sub>2</sub> normal: alcalose respiratória com início de compensação metabólica por diminuição de bases (BE-1 e HCO<sub>3</sub> 19 mEq/l).

2.5. Integridade cutâneo-mucosa:

Incisão cirúrgica: torácica mediana, presença de dreno torácico

Lesões: não

Cor da pele: corada

Turgor: normal

OBSERVAÇÕES: Incisão face interna do pulso esquerdo, região escapular direita e face interna do antebraço esquerdo, curativos limpos e secos.

2.6. Integridade física:

Uso de próteses: sim, dentária superior total

OBSERVAÇÕES: No momento sem a prótese.

2.7. Percepção dolorosa:

Local:

Uso de medicação:

OBSERVAÇÕES: Sob efeito anestésico.

2.8. Cuidado Corporal:

Pele limpa

Cavidade bucal limpa

2.9. Motilidade

MID

MIE

MSD restringido

MSE restringido

OBSERVAÇÕES: Sob efeito anestésico.

2.10. Nutrição:

Oral

SNG

Parenteral

Parcial

OBSERVAÇÕES: Entubada, jejum oral, recebe soro glicosado.

2.11. Eliminação urinária:

Sonda Vesical: sim Volume Urinário: 100 ml/hora

OBSERVAÇÕES: Com hemoglobinúria, recebendo soro endovenoso com 200 ml de manitol.

2.12. Terapêutica:

Medicamentos em uso. Solução polarizante, Keflin, Manitol e Ringer.

2.13. Sono e repouso:

Periodicidade

OBSERVAÇÕES: Sob efeito anestésico.

2.14. Segurança:

Colabora com o tratamento

OBSERVAÇÕES: Sob efeito anestésico.

2.15. Regulação Neurológica:

Nível de consciência, resposta:

|                     |          |            |                |            |
|---------------------|----------|------------|----------------|------------|
| linguagem           | ausente  | presente   | adequada       | inadequada |
| sensitiva           | ausente  | presente   | adequada       | inadequada |
| motora              | ausente  | presente   | adequada       | inadequada |
| dolorosa            | ausente  | presente   | superficial    | profunda   |
| Pupilas             |          | isocóricas | anisocóricas   |            |
| Reflexo fotomotor   | ausente  | presente   |                |            |
| Movimentos oculares | ausentes | presentes  |                |            |
|                     |          | conjugado  | não conjugado. |            |

2.16. Regulação Térmica

Temperatura Axilar: 35,8°C

Aluna Enf.



II - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

| NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS | FAZER | AJUDAR | ORIENTAR | SUPERVISIONAR | ENCAMINHAR |
|-------------------------------|-------|--------|----------|---------------|------------|
| 1. Circulação                 | ●     | ●      |          |               |            |
| 2. Oxigenação                 | ●     | ●      |          |               |            |
| 3. Eq.hidroeletrólítico       | ●     | ●      |          |               |            |
| 4. Eq.ácido-básico            | ●     | ●      |          |               |            |
| 5. Integridade cutâneo-mucosa | ●     | ●      |          | ●             |            |
| 6. Integridade física         |       |        |          | ●             | ●          |
| 7. Percepção dolorosa         |       |        | ●        | ●             | ●          |
| 8. Cuidado corporal           | ●     | ●      |          | ●             |            |
| 9. Motilidade                 | ●     | ●      |          | ●             |            |
| 10. Nutrição                  |       |        | ●        | ●             |            |
| 11. Eliminação urinária       | ●     | ●      |          |               |            |
| 12. Terapêutica               | ●     | ●      |          |               |            |
| 13. Sono e repouso            |       |        | ●        | ●             | ●          |
| 14. Segurança                 |       |        | ●        | ●             | ●          |
| 15. Regulação neurológica     |       |        |          | ●             | ●          |
| 16. Regulação térmica         | ●     |        |          |               | ●          |
| 17.                           |       |        |          |               |            |
| 18.                           |       |        |          |               |            |

LEGENDA:    Imediato    —————

                 1º PO    - - - - -

                 2º PO    - · - · - ·

### III - PLANO ASSISTENCIAL

- . Manutenção dos parâmetros vitais
- . Manutenção da oxigenação
- . Manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico
- . Promoção da integridade cutâneo-mucosa
- . Manutenção da integridade física
- . Prevenção da percepção dolorosa
- . Promoção da higiene corporal
- . Promoção da motilidade
- . Estimulação da alimentação
- . Manutenção da eliminação urinária
- . Administração da terapêutica medicamentosa
- . Promoção do sono e repouso
- . Estimulação da segurança
- . Manutenção da regulação neurológica
- . Promoção da regulação térmica

Aluna Enf./X

### IV - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA Pós-operatório 14:15 horas

01. Controlar sinais vitais
02. Observar presença de arritmias, sangramentos, cianose
03. Aspirar secreção naso, oro e endotraqueal
04. Controlar líquidos drenados e infundidos
05. Observar sinais de acidose ou alcalose
06. Supervisionar aspecto das incisões e curativos
07. Coletar sangue para gasometria, hematócrito e eletrólitos
08. Detectar sinais de dor
09. Manter cateteres permeáveis
10. Fazer banho no leito

11. Restringir membros superiores até extubação
12. Manter posição confortável no leito
13. Controlar volume e características da urina
14. Orientar quanto à necessidade de entubação
15. Situar no tempo e no espaço
16. Observar respostas neurológicas
17. Aquecer até temperatura 36,8°C

Aluna Enf./X

#### V - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

##### 19 horas - pós-operatório imediato

Em pós-operatório imediato de plástica mais comissurotomia mitral, mantendo parâmetros vitais; continua entubada com respirador à pressão em assistir, ciclando 8 movimentos por minuto; apresenta fibrilação atrial, saindo para ritmo-sinusal espontaneamente; com má perfusão periférica, extremidades frias e cianóticas; pequena quantidade de secreção traqueal; dreno torácico com secreção sanguinolenta com coágulos em pequena quantidade; em balanço hídrico positivo, continua recebendo solução polarizante; gasometria acusando PaCO<sub>2</sub> 19 mmHg, colhido novo material e aguardando resultado; incisões cirúrgicas limpas, cateteres permeáveis, membros superiores restringidos, bom volume urinário, urina clara, voltando da anestesia, respondendo às perguntas e orientações com movimentos de cabeça.

Aluna Enf./X

##### 7 horas - 1º pós-operatório

Em 1º pós-operatório de comissurotomia mais plástica de válvula mitral; episódios de fibrilação atrial; estabilizada pressão arterial e venosa; taquipnéia extubada; em nebulização com máscara de O<sub>2</sub>; eletrólitos, hematócrito e gasometria normais; incisões cirúrgicas com

bom aspecto, queixa de dor quando manipulada; higienizada, aceitou a dieta líquida; bom volume urinário, urina clara e límpida; introduzidos na medicação Manitol mais Lasix mais Aminofilina mais Cedilanid; consciente, com períodos de sonolência, pouco comunicativa, mas atende às solicitações para colaborar no tratamento, orientada no tempo e no espaço.

Aluna Enf./Y

#### IV - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

##### 7:30 horas - 1º pós-operatório

01. Fazer controle de sinais vitais
02. Registrar arritmias
03. Estimular tosse e expectoração
04. Manter máscara de O<sub>2</sub>
05. Fazer balanço hídrico
06. Colher sangue para gasometria, hematócrito e eletrólitos
07. Fazer curativos
08. Providenciar prótese dentária
09. Observar sensação dolorosa
10. Ajudar no banho de leito
11. Estimular movimentação no leito
12. Estimular ingestão de alimentos
13. Controlar eliminação urinária
14. Estimular conversação
15. Observar nível de consciência
16. Manter cateteres permeáveis
17. Orientar no tempo e no espaço

Aluna Enf./Y

#### V - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

##### 7:00 horas - 2º pós-operatório

Em 2º pós-operatório de plástica e comissurotomia mitral; sinais vitais estáveis; em nebulização com máscara de O<sub>2</sub>; mantendo venóclise por cateteres na subclávia direita e flebotomia no membro superior esquerdo; foi removido cateter arterial por não estar funcionando; incisões cirúrgicas secas com bom aspecto de cicatrização; queixa-se de dor no membro superior esquerdo quando manipulada; apresenta mucosas descoradas e palidez cutânea; hematócrito baixo; colhido sangue para tipagem, receberá papa de hemácias; higienizada, movimenta-se no leito, aceitou a alimentação, usando prótese dentária; verbaliza pouco suas preocupações. De alta da UTI, retirado dreno mediano, cateter de flebotomia e sonda vesical, transferida para Unidade de Internação em cadeira de rodas.

Aluna Enf./Y

#### VI - PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Ao receber alta da UTI, o paciente deverá ter restabelecido a independência para as necessidades de equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, integridade física, eliminação urinária e equilíbrio neurológico. Permanecerá parcialmente dependente para as necessidades de circulação, cuidado corporal, motilidade, sono e repouso, segurança emocional e regulação térmica. Ainda haverá dependência para oxigenação, terapêutica e integridade cutâneo-mucosa.

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

I - IDENTIFICAÇÃO

Grupo: Experimental B    Caso nº: 7    Registro:  
Nome : L.C.F.    Leito:    Idade: 25 anos    Sexo: F.  
Proc.: Minas Gerais    Grau de instr.: 1º grau incompleto  
Diag.Médico: Dupla Lesão Mitral    Cir.Realizada: Plástica + Comissuroto-  
mia Mitral    Tempo de Cirurgia: 5 horas    Tempo de espera no C.C.: 35 mi-  
nutos    Tempo de extracorpórea: 1 hora e 45 minutos    Tempo de entubação:  
11 horas    Tempo Perm.na UTI: 44 horas    Intercorrências: não

II - PERGUNTAS

1. Diga o que mais incomodou o Sr.(a) quando esteve internado na UTI.  
A cânula de entubação.
2. Diga por que isto incomodou o Sr.(a)?  
Era horrível, por causa do catarro, fiquei afobada, com aflição.
3. O Sr.(a) havia sido orientado sobre isto antes de ir para a UTI?  
Sim     Não
4. Caso sim, qual a opinião sobre a orientação recebida quanto ao que o incomodou?  
Quem me orientou foi uma moça de olhos verdes; é importante ser orientado antes da cirurgia, pois já se fica sabendo o que se vai passar. Foi tal qual ela falou.
5. O Sr.(a) recebeu outras informações sobre a UTI antes de ir para lá?  
Sim     Não
6. Caso sim, quais foram estas informações:
  - A. Ambiente
  - X. Unidade do paciente
  2. Impossibilidade de receber visitas
  3. Luzes acesas
  4. Tempo de permanência
  5. Permanecer sem roupas

- B. Assistência Respiratória:      8. Cânula de entubação  
   7. Dreno torácico  
   8. Aspiração orotraqueal  
   9. Exercícios respiratórios  
   10. Respirador
- C. Percepção Dolorosa:            11. Na incisão cirúrgica  
   12. Na inserção dos drenos  
   13. Na inserção de sonda  
   14. Na inserção de cateteres
- D. Motilidade:                      15. Restrição de MMSS  
   16. Decúbito dorsal
- E. Eliminação:                      17. Sonda vesical
- F. Uso de Aparelhos:              18. Monitor cardíaco
- G. Outros:                            que não ficaria sozinha, falou uma  
   porção de coisas que não consigo falar. Lembro de um rapaz e  
   uma japonesa, conversavam comigo, para eu me alimentar, tossir.

Observações do entrevistador: Cooperativa com a entrevista; sentada de lado e queixando de dor na nádega.

Início da entrevista: 10:00 horas

Término da entrevista: 10:30 horas.

O exemplo apresentado do emprego da metodologia de assistência deve ser compreendido dentro do processo ensino-aprendizagem das alunas e como tal merece comentários, o que será feito sempre que for necessário.

Conforme já citado, o Histórico de Enfermagem Pré-Operatório foi colhido pela pesquisadora e apresentado para as alunas responsáveis pela assistência do paciente.

A análise estatística destes dados tem valor para caracterizar a amostra; para o planejamento da assistência de enfermagem ,

que se propõe individualizada, interessam particularmente os dados de ca da paciente.

Das informações constantes no Histórico de Enfermagem Pré-Operatório, que serve de exemplo, foram analisadas pormenorizada e globalmente as seguintes: paciente do sexo feminino, jovem (25 anos) , procedente de outro estado, baixo nível de instrução, dupla lesão mitral desde a infância, deixou o trabalho por causa da doença e é arrimo de fa mília, tem filhos menores, dois estão na cidade natal, mal relacionamen- to conjugal, atividade física anterior moderada, fez cateterismo sem re- lato de experiência desagradável, duas internações para tratamento car- díaco, calma para a cirurgia.

As alunas, de posse destas informações, fizeram a aná- lise dos dados para identificar os problemas de enfermagem e alicerçar a intervenção com fundamentação científica; relatam-se em seguida a análi- se realizada pelas alunas e professora.

A presença da dupla lesão mitral desde a infância cos- tuma desenvolver características próprias de personalidade do válvopata, descritas como auto-restritivas, superproteção dos pais, com tendência à depressão; no caso desta paciente parece que isto não ocorreu, pois , até recentemente, tinha vida familiar e profissional ativa; deve ser es- timulada a manter este padrão, evitando-se o excesso de proteção e promo- vendo o autocuidado de forma consciente, logo após superado o efeito a- nestésico.

Estimular relatos sobre os filhos, procurar obter in- formações sobre o relacionamento com a irmã que mora na cidade para pos- sível elemento de ligação com a instituição, evitar, na UTI, fazer refe- rências ao relacionamento matrimonial que não tem sido fonte de satisfa- ção para a paciente.

Atender solicitação, caso haja, de orientação para ati- vidade física na vida futura que deverá ser moderada inicialmente, evi-



tando carregar peso e fazer grandes esforços; tranquilizar quanto à possibilidade de vida ativa normal no pós-operatório tardio.

Estimular a verbalização de percepções de seu tratamento, propor questões para motivar a participação da paciente no plano terapêutico, respeitar recato da paciente.

Após esta análise do Histórico de Enfermagem Pré-Operatório, a paciente deixou de ser uma "estranha" para as alunas e elas estavam prontas para recebê-la.

Admitida na unidade, os dados do Histórico de Enfermagem da UTI preenchidos, a aluna devia passar para a elaboração das fases subseqüentes da metodologia de assistência.

Com a finalidade de facilitar a compreensão, optou-se pela discussão destes dados em cortes, tendo como ponto de partida a necessidade básica afetada, seguida da lista de problemas que afetaram a necessidade, a determinação do grau de dependência, o que se pretende como plano assistencial, a prescrição do cuidado de enfermagem e a evolução apresentada.

Destaca-se que é uma apresentação para melhor compreensão do raciocínio utilizado para análise de cada necessidade básica afetada e, como um mesmo problema pode afetar mais de uma necessidade, ele é repetido em cada momento que foi levado em consideração; esta explicação é extensiva à prescrição e evolução de enfermagem. No estágio, a apresentação escrita da metodologia foi a que consta no início deste capítulo.

A aluna preenchia os dados constantes do Histórico de enfermagem e quando identificava um problema de enfermagem registrava nas linhas imediatamente a seguir a avaliação ou interpretação deste dado. Foi o que se pôde constatar, por exemplo, na necessidade de Equilíbrio ácido-básico, quando a aluna registrou a interpretação da gasometria; considerou-se esta prática funcional para que fosse possível avaliar os conhecimentos da aluna quanto aos problemas identificados e verificar se os cuidados de enfermagem prescritos estavam alicerçados em conhecimentos científicos.

Quando se percebeu que a aluna tinha dificuldade para identificar problemas do paciente, explicá-los e propor a assistência de enfermagem e avaliá-la, recebeu orientações por parte da professora para fazer determinada leitura, estimulou-se a observação direta, solicitou-se a verbalização do raciocínio que ela estava fazendo para tirar suas conclusões; obedecendo esta linha, a aluna foi conduzida ao aprofundamento de conhecimentos da problemática que afeta o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

O programa de ensino adotado subdividiu-se em três etapas distintas: na primeira foram demonstrados os aparelhos utilizados na unidade, os procedimentos empregados, explicados os registros em prontuário, sendo acompanhados pela imediata aplicação destes conhecimentos pelas alunas; na segunda etapa, os conhecimentos já adquiridos foram associados entre si e com o paciente e, na terceira, propôs-se desenvolver no aluno a habilidade de integrar todos os conhecimentos na assistência do paciente visto como um todo biopsicossócio-espiritual.

Exemplificando: na primeira etapa, demonstrou-se como manusear um respirador artificial à pressão, enfocando a sua limpeza, montagem, testagem e regulagem; na segunda etapa foi demonstrado para a aluna o funcionamento do aparelho no paciente, com explicação, demonstração e execução dos cuidados de enfermagem pertinentes; na terceira eta-

pa, este procedimento instrumental foi associado ao cuidado expressivo de enfermagem atuando, então, com as necessidades de segurança emocional, comunicação e outras.

O estágio teve duração de 20 dias úteis por grupo de alunas; a primeira etapa de demonstração de aparelhos e procedimentos foi desenvolvida em quatro dias, a segunda etapa, quando a aluna prestava cuidados diretos planejados pelas enfermeiras da UIT, também com duração de quatro dias e a última etapa, quando a aluna se responsabilizava pelo planejamento e execução da assistência, com duração de 12 dias. Portanto, a coleta de dados do grupo experimental B, com planejamento das alunas, foi iniciada sempre em torno do décimo dia de estágio, época em que se considerou que a aluna havia adquirido conhecimentos, habilidades e comportamentos esperados da enfermeira de UIT.

As necessidades básicas afetadas no grupo de pacientes em estudo, no pós-operatório imediato, são agora apresentadas em tabelas e gráficos.

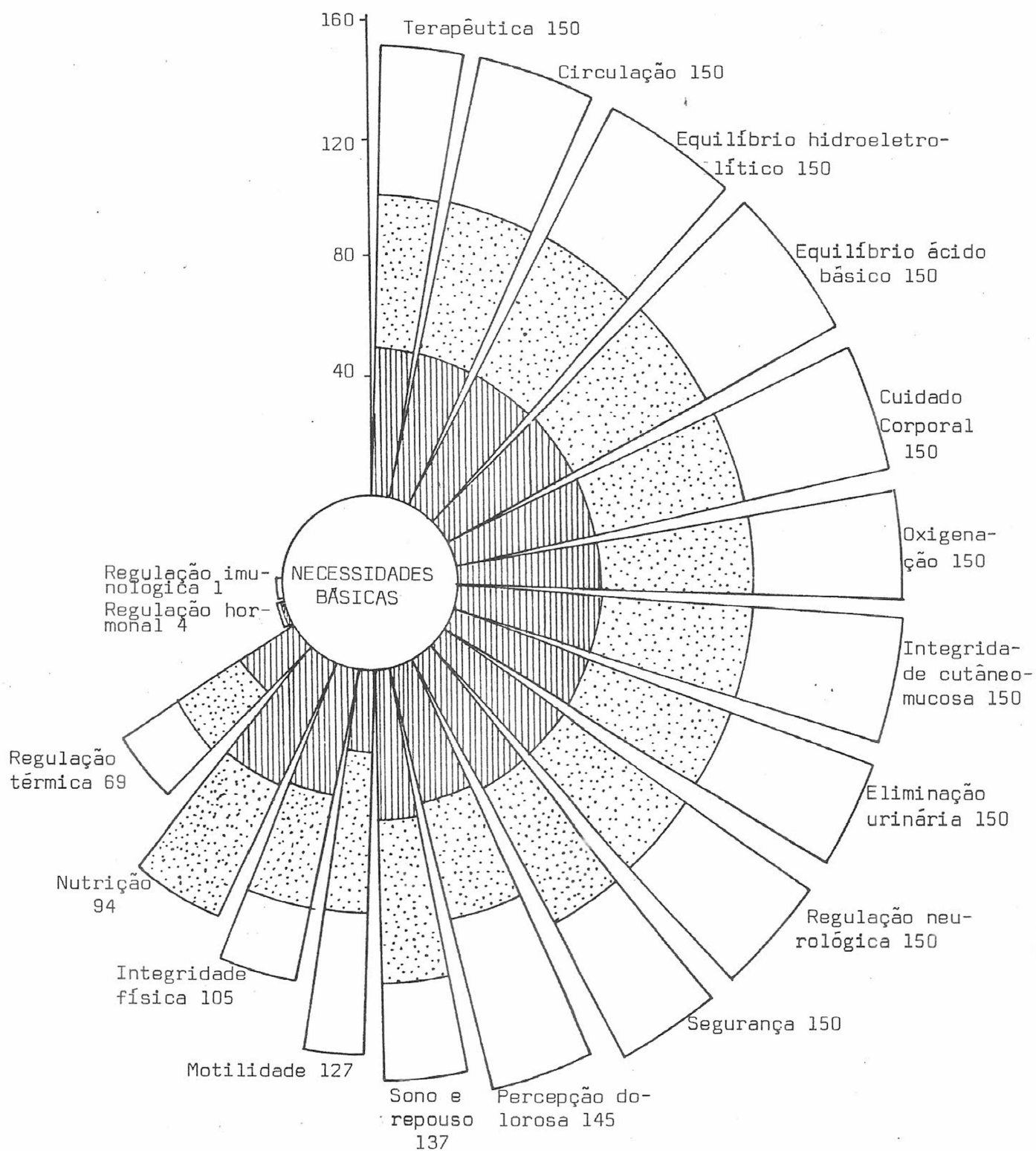
(Tabela XI-página seguinte)

TABELA XI — Necessidades Básicas afetadas no Pós-Operatório Imediato, 1º e 2º Pós-Operatório — Grupo Experimental B.

Tempo Pós-Operatório

| NECESSIDADES BÁSICAS            | P. O. I.   | 1º P. O.   | 2º P. O.   | TOTAL        |
|---------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| 1. Terapêutica                  | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 2. Circulação                   | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 3. Equilíbrio hidroeletrólítico | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 4. Equilíbrio ácido-básico      | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 5. Cuidado corporal             | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 6. Oxigenação                   | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 7. Integridade cutâneo-mucosa   | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 8. Eliminação urinária          | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 9. Regulação neurológica        | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 10. Segurança                   | 50         | 50         | 50         | 150          |
| 11. Percepção dolorosa          | 50         | 50         | 45         | 145          |
| 12. Sono e repouso              | 37         | 50         | 50         | 137          |
| 13. Motilidade                  | 50         | 50         | 27         | 127          |
| 14. Integridade física          | 25         | 38         | 42         | 105          |
| 15. Nutrição                    | -          | 50         | 44         | 94           |
| 16. Regulação térmica           | 22         | 25         | 22         | 69           |
| 17. Regulação hormonal          | 2          | -          | 2          | 4            |
| 18. Regulação imunológica       | -          | -          | 1          | 1            |
| <b>T O T A L</b>                | <b>686</b> | <b>763</b> | <b>733</b> | <b>2.182</b> |

GRÁFICO 1 - NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, 1º e 2º PÓS-OPERATÓRIO - GRUPO EXPERIMENTAL B.



Legenda: □ - pós-operatório; ▨ - 1º pós-operatório; ▩ - 2º pós-operatório

As necessidades básicas de terapêutica, circulação, equilíbrio hidroeletrólítico, equilíbrio ácido-básico, cuidado corporal, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, eliminação urinária, regulação neurológica e segurança apresentaram-se afetadas nos 50 pacientes da amostra nos três momentos em que foram analisados (pós-operatório imediato, 1º e 2º pós-operatório).

A percepção dolorosa apresentou-se afetada nos 50 pacientes no pós-operatório imediato e 1º pós-operatório; no 2º pós-operatório 45 pacientes tiveram esta necessidade afetada.

O sono e repouso foram afetados 137 vezes, em 37 pacientes no pós-operatório imediato e na totalidade dos pacientes em 1º e 2º pós-operatório.

Todos os pacientes em estudo apresentaram problemas na necessidade de motilidade no pós-operatório imediato e 1º pós-operatório. No 2º pós-operatório, 27 pacientes ainda tinham restrições de motilidade.

A integridade física apresentou-se alterada em 25 pacientes no pós-operatório imediato, em 38 no 1º pós-operatório e em 42 no 2º pós-operatório.

A necessidade de nutrição foi afetada nos 50 pacientes no 1º pós-operatório e em 44 no 2º pós-operatório.

A regulação térmica esteve afetada em 22 pacientes no pós-operatório imediato; 25 no 1º e 22 no 2º pós-operatório.

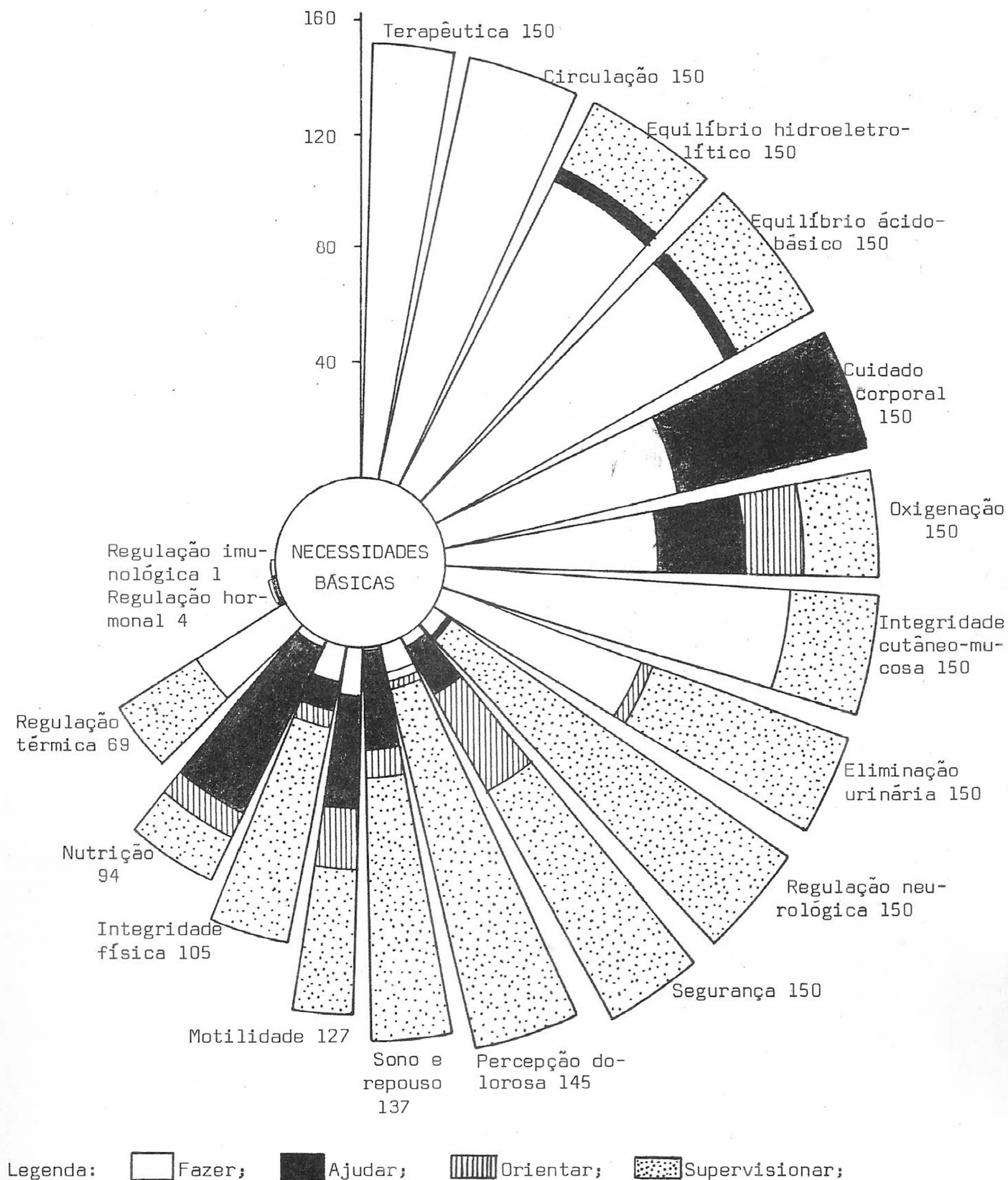
A regulação hormonal alterou-se em dois pacientes no pós-operatório imediato e no 2º pós-operatório.

Apenas um paciente, no 2º pós-operatório, apresentou a regulação imunológica afetada.

Conhecendo as necessidades básicas afetadas na amostra, apresentou-se o Gráfico 2, que permite visualizar o grau de dependência da

assistência de enfermagem, completando-se assim o diagnóstico de enfermagem; o detalhamento dos números encontrados pode ser acompanhado pela TABELA XII.

GRÁFICO 2 - NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS E A DETERMINAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - GRUPO EXPERIMENTAL B.





diagnosticadas 120 vezes com dependência TOTAL, seis vezes parcial do tipo AJUDAR e 24 vezes SUPERVISIONAR.

O equilíbrio ácido-básico teve dependência TOTAL em 117 avaliações, quatro dependência de AJUDAR e 29 SUPERVISIONAR.

O diagnóstico à necessidade de oxigenação foi de 75 FAZER, 31 AJUDAR, 19 ORIENTAR e 26 SUPERVISIONAR.

A integridade cutâneo-mucosa apresentou 120 graus de dependência TOTAL e 30 de SUPERVISIONAR.

A eliminação urinária teve dependência TOTAL 74 vezes, quatro de ORIENTAR e 72 de SUPERVISIONAR.

A necessidade de regulação neurológica foi dependente de SUPERVISÃO em 141 avaliações, em sete houve dependência TOTAL e em duas necessidade de AJUDAR.

Diagnosticou-se dependência TOTAL seis vezes para assistir a segurança, 20 dependência de AJUDAR, 36 ORIENTAR e 88 SUPERVISIONAR.

A percepção dolorosa foi dependente TOTAL 11 vezes, requereu AJUDAR em cinco situações, três ORIENTAR e 88 SUPERVISIONAR.

O sono e repouso foram dependentes de SUPERVISÃO em 90 diagnósticos, de ORIENTAÇÃO 11 vezes, de AJUDAR, 35 vezes e uma vez, dependência TOTAL.

No diagnóstico da dependência da motilidade, 20 vezes foram TOTAL, 41 de AJUDAR, 18 de ORIENTAR e 48 de SUPERVISIONAR.

A integridade física teve dependência TOTAL 16 vezes, de AJUDAR nove; de ORIENTAR cinco e 75 de SUPERVISIONAR.

A nutrição apresentou três vezes dependência TOTAL, 66 de AJUDAR, sete de ORIENTAR e 18 de SUPERVISIONAR.

A regulação térmica foi dependente TOTAL em 38 diagnósticos e em 31 teve dependência de SUPERVISÃO.

A regulação hormonal teve uma dependência TOTAL, uma de ORIENTAR e duas de SUPERVISIONAR.

A regulação imunológica teve um paciente com dependência TOTAL.

As ações de Enfermagem, classificadas em Fazer, Ajudar, Orientar e Supervisionar são representadas no Gráfico 3, nos três momentos do pós-operatório, e a distribuição das frequências pode ser também visualizada na TABELA XIII.

(Gráfico 3-página seguinte)

GRÁFICO 3 - TEMPOS PÓS-OPERATÓRIOS E RESPECTIVAS AÇÕES DE ENFERMAGEM -  
GRUPO EXPERIMENTAL B.

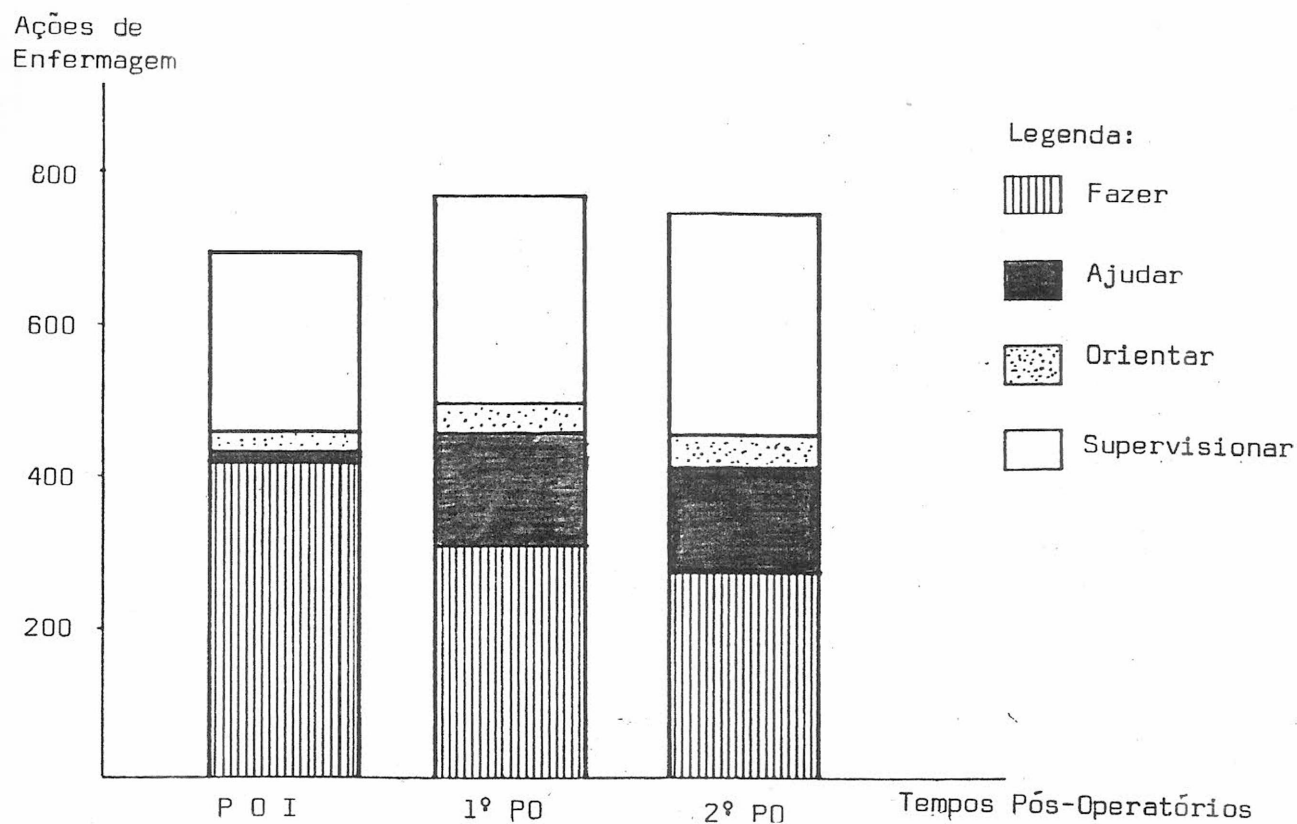


TABELA XIII - Número de Ações de Enfermagem nos Tempos Pós-Operatórios -  
Grupo Experimental B.

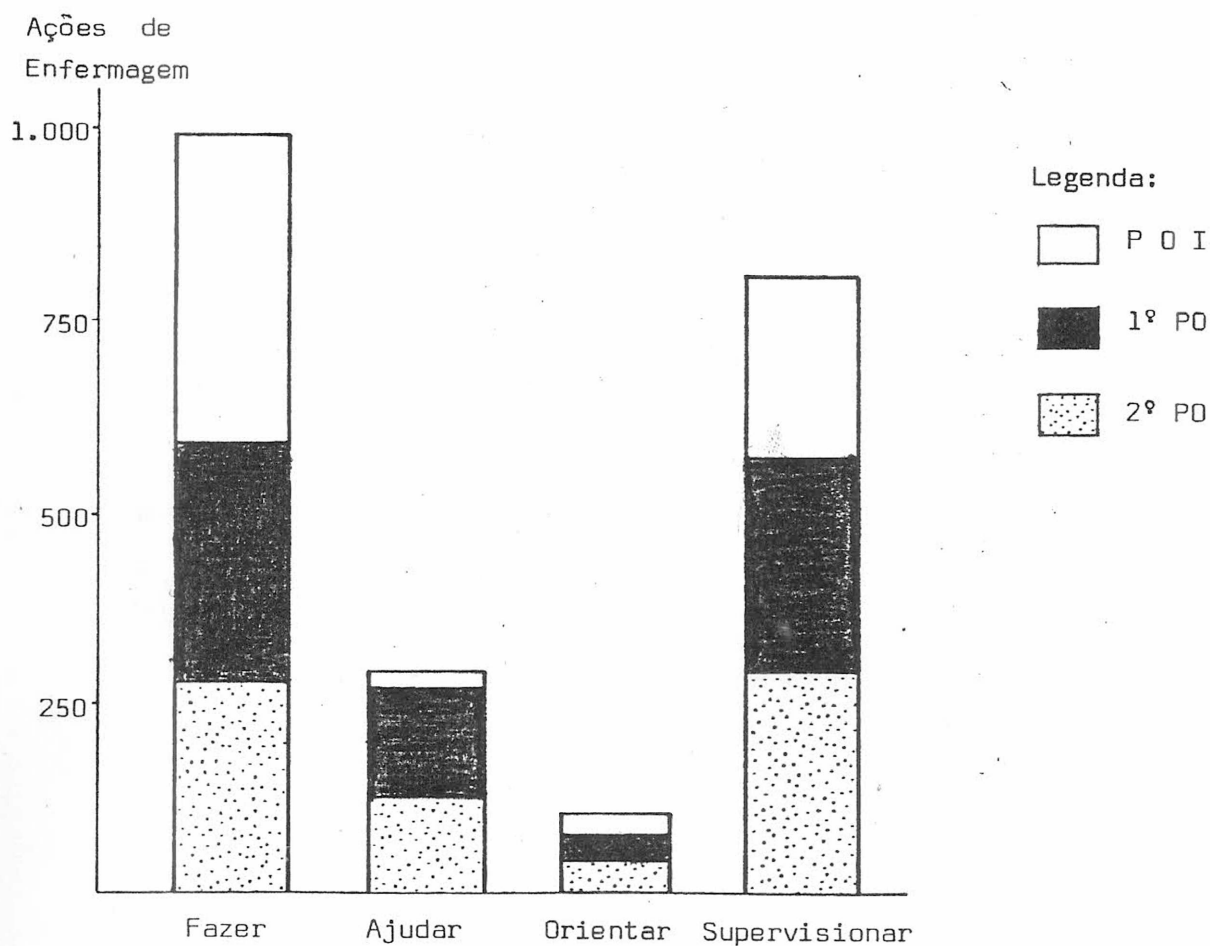
| TEMPOS PÓS-OPERATÓRIOS \ AÇÕES | FAZER | AJUDAR | ORIENTAR | SUPERVISIONAR | TOTAL |
|--------------------------------|-------|--------|----------|---------------|-------|
| POI                            | 412   | 8      | 25       | 241           | 686   |
| 1º PO                          | 311   | 147    | 36       | 269           | 763   |
| 2º PO                          | 272   | 129    | 43       | 289           | 733   |
| TOTAL                          | 995   | 284    | 104      | 799           | 2.182 |

No pós-operatório foram prescritas 412 ações do tipo FAZER, oito de AJUDAR, 25 ORIENTAR e 241 de SUPERVISIONAR, perfazendo 686 ações de enfermagem.

No 1º pós-operatório prescreveram-se 311 ações FAZER, 147 AJUDAR, 36 ORIENTAR e 269 SUPERVISIONAR, num total de 763 ações. No 2º pós-operatório foram 272 ações FAZER, 129 AJUDAR, 43 ORIENTAR e 289 SUPERVISIONAR, totalizando 733 ações de enfermagem.

O Gráfico 4 mostra o total das ações FAZER, AJUDAR, ORIENTAR e SUPERVISIONAR, sendo que aqui as ações foram agrupadas nos três tempos pós-operatórios em que foram avaliados os pacientes.

GRÁFICO 4 - NÚMERO DE AÇÕES DE ENFERMAGEM NOS TEMPOS PÓS-OPERATÓRIOS - GRUPO EXPERIMENTAL B.



Os dados do Gráfico 4 são complementados pela TABELA XIII; assim tivemos 995 ações FAZER (412 no pós-operatório imediato, 311 no 1º, e 272 no 2º pós-operatório); 284 ações AJUDAR (oito no pós-operatório imediato, 147 no 1º, e 129 no 2º pós-operatório); 104 ações ORIENTAR (25 no pós-operatório imediato, 36 no 1º, e 43 no 2º pós-operatório) e 799 ações SUPERVISIONAR (241 no pós-operatório imediato, 269 no 1º, e 289 no 2º pós-operatório). Ao todo foram 2.182 ações de enfermagem.

As ações prescritas no grau de dependência total, portanto, FAZER pelo paciente, foram controlar sinais vitais, manter equilíbrio hidroeletrólítico, manter equilíbrio ácido-básico, manter cateteres p<sup>er</sup>vios, manter vias aéreas permeáveis, ordenhar drenos, retirar drenos, colher sangue para exames, fazer curativos, fazer higiene corporal, umidificar mucosa oral, controlar gotejamento de soros, estimular diurese, manter nebulização contínua, imobilizar membros superiores, aquecer paciente, manter decúbito elevado, medir débito de drenos, controlar sinais de infecção, controlar sinais de hipo/hiperglicemia, alimentar por sonda, fazer exercícios de relaxamento.

As ações determinadas na dependência parcial de AJUDAR foram ajudar na higiene corporal, auxiliar na alimentação, ajudar no apoio psicológico, ajudar na mobilização no leito, providenciar prótese dentária, oferecer condições para sono e repouso, ajudar nos exercícios respiratórios, colaborar no controle da dor.

As ações de ORIENTAR, dependência parcial, foram orientar a movimentação no leito, orientar quanto à importância da alimentação, ensinar a tossir, explicar o tratamento, orientar quanto à importância do sono e repouso, orientar quanto à entubação, localizar no tempo e no espaço, orientar quanto à sonda vesical, orientar quanto aos meios de controle da dor.

As ações prescritas para SUPERVISIONAR, dependência

parcial, foram supervisionar equilíbrio hidroeletrólítico, supervisionar diurese, observar regulação neurológica, observar nível de consciência, observar arritmias, supervisionar cianose e perfusão periférica, observar aspecto dos curativos, registrar motilidade, supervisionar regulação térmica, observar funcionamento do marcapasso, observar queixas de dor, supervisionar sono e repouso e supervisionar aceitação alimentar.

#### 3.4. RESULTADOS DA ENTREVISTA PÓS-OPERATÓRIA

A entrevista, no Pós-Operatório, foi aplicada aos pacientes dos três grupos experimentais pela aluna de enfermagem especialmente treinada para este fim. O grupo controle foi entrevistado pela pesquisada dora.

São apresentados aqui os dados dos grupos experimentais que mostram informações relativas ao período transcorrido no Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva.

Na apresentação da identificação dos problemas dos pacientes, foi feita a análise estatística, primeiro nos grupos experimentais seguida da comparação dos grupos experimentais com o grupo controle.

TABELA XIV - Pacientes dos Grupos Experimentais e Tipo de Cirurgia Realizada.

| TIPO DE CIRURGIA              | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-------------------------------|--------|----|----|-------|
|                               | A      | B  | C  |       |
| Revascularização de miocárdio | 25     | 30 | 15 | 70    |
| Correção de lesão valvar      | 23     | 15 | 33 | 71    |
| Outros tipos                  | 2      | 5  | 2  | 9     |
| TOTAL                         | 50     | 50 | 50 | 150   |

Nos três grupos experimentais, 70 pacientes foram submetidos a revascularização de miocárdio, 71 a correção de lesão valvar e nove a outros tipos de cirurgia. Observa-se que a distribuição não é homogênea dentro dos grupos. No grupo A, 25 pacientes foram submetidos a revascularização de miocárdio, número muito próximo dos 23 pacientes submetidos a correção de lesão valvar e dois pacientes submetidos a outras intervenções. No grupo B, 30 pacientes foram revascularizados e 15 submetidos a correção de lesão valvar, sendo que cinco submetidos a outras cirurgias. No grupo C houve uma inversão, com 15 pacientes revascularizados e 33 com correção valvar. Houve ainda dois pacientes, no grupo C, ambos submetidos a outras cirurgias.

TABELA XV - Pacientes dos Grupos Experimentais e Tempo de Duração da Cirurgia.

| TEMPO DE DURAÇÃO DA CIRURGIA | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|------------------------------|--------|----|----|-------|
|                              | A      | B  | C  |       |
| 2 a 3 horas                  | 3      | 3  | 8  | 14    |
| 4 a 5 horas                  | 23     | 23 | 32 | 78    |
| 6 a 7 horas                  | 24     | 24 | 10 | 58    |
| TOTAL                        | 50     | 50 | 50 | 150   |

Dos 150 pacientes dos grupos experimentais, 14 tiveram cirurgias que duraram de duas a três horas, 78 com duração de quatro a cinco horas, 58 com seis a sete horas de tempo cirúrgico.

No grupo A, três pacientes tiveram duração do ato cirúrgico de duas a três horas, no grupo B também três pacientes e no grupo C, oito pacientes com este tempo cirúrgico. De quatro a cinco horas foi a duração da cirurgia para 23 pacientes dos grupos A e B e para 32 do grupo C. De

seis a sete horas durou a intervenção cirúrgica para 24 pacientes do grupo A, 24 do grupo B e dez do grupo C.

Pelos dados apresentados, identificou-se uma homogeneidade entre os pacientes dos grupos A e B, não acompanhada pelo grupo C, onde houve predominância do tempo de cirurgia até cinco horas de duração (oito de duas a três horas, mais 32 pacientes de quatro a cinco horas, num total de 40 pacientes com tempo cirúrgico de até cinco horas, comparados com 26 pacientes com este tempo tanto no grupo A como no B).

TABELA XVI - Pacientes dos Grupos Experimentais e Tempo de Circulação Extracorpórea.

| TEMPO DE CIRCULAÇÃO<br>EXTRACORPÓREA | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|--------------------------------------|--------|----|----|-------|
|                                      | A      | B  | C  |       |
| Até 60 minutos                       | 9      | 5  | 13 | 27    |
| 61 a 120 minutos                     | 21     | 27 | 30 | 78    |
| 121 ou mais                          | 20     | 16 | 7  | 43    |
| Não utilizou                         | -      | 2  | -  | 2     |
| TOTAL                                | 50     | 50 | 50 | 150   |

Dos 150 pacientes em estudo, dois não foram submetidos a extracorpórea durante a cirurgia, ambos do grupo B. Com duração de até 60 minutos foram 27 pacientes dos três grupos, sendo nove do A, cinco do B e 13 do C; de 61 a 120 minutos de extracorpórea, foram 78 pacientes, sendo 21 do A, 27 do B e 30 do C; de 121 minutos ou mais, ao todo, foram 43 pacientes, distribuídos em 20 no grupo A, 16 no B e sete no C.

(Tabela XVII-página seguinte)



TABELA XVII - Pacientes dos Grupos Experimentais e o Tempo de Permanência na UTI.

| TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UTI | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-----------------------------|--------|----|----|-------|
|                             | A      | B  | C  |       |
| 36 a 48 horas               | 42     | 36 | 42 | 120   |
| 49 a 60 horas               | 4      | 3  | 2  | 9     |
| Mais de 60 horas            | 4      | 11 | 6  | 21    |
| TOTAL                       | 50     | 50 | 50 | 150   |

Cento e vinte pacientes dos grupos experimentais, permaneceram de 36 a 48 horas na Unidade de Terapia Intensiva, sendo 42 do grupo A, 36 do grupo B e 42 do C; nove pacientes permaneceram de 49 a 60 horas, quatro do grupo A, três do grupo B e dois do grupo C; com mais de 60 horas na UTI, ficaram 21 pacientes, quatro do grupo A, 11 do B e seis do C.

TABELA XVIII - Pacientes dos Grupos Experimentais e Tempo de Entubação Orotraqueal.

| TEMPO DE ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|--------------------------------|--------|----|----|-------|
|                                | A      | B  | C  |       |
| 8 a 12 horas                   | 7      | 7  | 18 | 32    |
| 13 a 16 horas                  | 21     | 12 | 14 | 47    |
| 17 a 20 horas                  | 10     | 14 | 7  | 31    |
| Mais de 20 horas               | 12     | 17 | 11 | 40    |
| TOTAL                          | 50     | 50 | 50 | 150   |

De 8 a 12 horas de entubação orotraqueal, encontraram-se 32 pacientes nos três grupos, sete foram do A, sete do B e 18 do C. De

13 a 16 horas, a maior incidência, 47 pacientes assim distribuídos: 21 no grupo A, 12 no B e 14 no C. De 17 a 20 horas, permaneceram entubados 31 pacientes, sendo dez do grupo A, 14 do B e sete do C; com mais de 20 horas de entubação, permaneceram 40 pacientes, 12 do grupo A, 17 do B e 11 do C.

TABELA XIX - Pacientes dos Grupos Experimentais e Incidência de Intercorrências do Ato Cirúrgico e Pós-Operatório.

| INTERCORRÊNCIAS | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-----------------|--------|----|----|-------|
|                 | A      | B  | C  |       |
| Sim             | 7      | 7  | 3  | 17    |
| Não             | 43     | 43 | 47 | 133   |
| TOTAL           | 50     | 50 | 50 | 150   |

Dos 150 pacientes em estudo, 133 não apresentaram qualquer tipo de intercorrência no trans e pós-operatório e 17 pacientes apresentaram intercorrência do tipo hemorragia, arritmias severas, insuficiência cardíaca e/ou respiratória. Nos grupos A e B, os números se repetem: sete apresentaram intercorrência e 43 não; no grupo C, um menor número apresentou intercorrência, apenas três pacientes, e 47 não tiveram intercorrência.

TABELA XX - Pacientes dos Grupos Experimentais e a Referência de Problemas.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 44  | 6   | 50    | 88,00 %          |
| B     | 36  | 14  | 50    | 72,00 %          |
| C     | 40  | 10  | 50    | 80,00 %          |
| TOTAL | 120 | 30  | 150   | 80,00 %          |

Teste do Quiquadrado.  $\chi^2$  calculado = 4,00  $\chi^2$  crítico =  
 =  $\chi^2$  (2gl; 0,05) = 5,99

Os dados da TABELA XX mostram que os grupos experimentais não diferem significativamente em relação às porcentagens de pacientes que manifestaram problemas. Os resultados sugerem que não há relação entre manifestação de problemas pelos pacientes assistidos pelas alunas de enfermagem (grupo B) e os assistidos pela equipe de enfermagem da instituição.

TABELA XXI - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram e não Referiram Problemas.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 88  | 16  | 104   | 84,62 %          |
| Experimental | 120 | 30  | 150   | 80,00 %          |
| TOTAL        | 208 | 46  | 254   | 81,89 %          |

Teste do Quiquadrado.  $\chi^2$  calculado = 0,88  $\chi^2$  crítico =  
 =  $\chi^2$  (1gl; 0,05) = 3,84

Quanto à incidência de problemas, o teste do quiquadrado não mostrou diferença entre os grupos experimental e controle.

Passa-se agora a analisar o grau de significância quanto ao tipo de problema apresentado pelos pacientes, primeiramente dentro dos grupos experimentais e, em seguida, comparando os grupos experimentais e controle.

TABELA XXII - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram o Problema Cãnula de Entubaçãõ.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 19  | 31  | 50    | 38,00 %          |
| B     | 16  | 34  | 50    | 32,00 %          |
| C     | 13  | 37  | 50    | 26,00 %          |
| TOTAL | 48  | 102 | 150   | 32,00%           |

Teste do Quiquadrado.  $\chi^2$  calculado = 1,65  $\chi^2$  crítico =  
 $= \chi^2 (2gl; 0,05) = 5,99$

Os grupos não diferem significativamente com relação às percentagens de pacientes que referiram o problema Cãnula de Entubaçãõ. Dos pacientes do grupo A, 38,00 % referiram este problema; 32,00% do grupo B e 26,00% do grupo C.

TABELA XXIII - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Cãnula de Entubaçãõ.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 34  | 70  | 104   | 32,69 %          |
| Experimental | 48  | 102 | 150   | 32,00 %          |
| TOTAL        | 82  | 172 | 254   | 32,28 %          |

Teste do Quiquadrado.  $\chi^2$  calculado = 0,01  $\chi^2$  crítico =  
 $= \chi^2 (1gl; 0,05) = 3,84$

Quanto à manifestação do problema Cãnula de Entubaçãõ, os resultados achados - 32,69% para o grupo controle e 32,00% para o grupo experimental - mostram que os grupos não diferem significativamente entre si.

TABELA XXIV - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram o Problema Ambiente.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 3   | 47  | 50    | 6,00 %           |
| B     | -   | 50  | 50    | 0,00 %           |
| C     | 1   | 49  | 50    | 2,00 %           |
| TOTAL | 4   | 146 | 150   | 2,67 %           |

Dados não analisáveis.

Embora não analisáveis os dados apresentados na TABELA XXIV não revelam diferenças acentuadas.

TABELA XXV - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Ambiente.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 17  | 87  | 104   | 16,35 %          |
| Experimental | 4   | 146 | 150   | 2,67 %           |
| TOTAL        | 21  | 233 | 254   | 8,27 %           |

Teste do Quiquadrado.  $X^2$  calculado = 15,15  $X^2$  crítico =  
 $= X^2 (1g1; 0,05) = 3,84$

Os dados demonstram que a percentagem de pacientes que referiram o problema Ambiente é significativamente maior no grupo Controle (16,35%) do que no grupo Experimental (2,67%).

TABELA XXVI - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram o Problema Assistência Respiratória.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 9   | 41  | 50    | 18,00 %          |
| B     | 9   | 41  | 50    | 18,00 %          |
| C     | 12  | 38  | 50    | 24,00 %          |
| TOTAL | 30  | 120 | 150   | 20,00 %          |

Teste do Quiquadrado.  $X^2$  calculado = 0,75  $X^2$  crítico =  
 =  $X^2$  (2gl; 0,05) = 5,99

A análise estatística não evidenciou diferença significante entre os grupos, no que diz respeito à percentagem de pacientes que referiram problemas com a Assistência Respiratória.

TABELA XXVII - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Assistência Respiratória.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 16  | 88  | 104   | 15,38 %          |
| Experimental | 30  | 120 | 150   | 20,00 %          |
| TOTAL        | 46  | 208 | 254   | 18,11 %          |

Teste do Quiquadrado.  $X^2$  calculado = 0,88  $X^2$  crítico =  
 =  $X^2$  (1gl; 0,05) = 3,84

Como observamos na tabela acima, os grupos Controle e Experimental não diferem significativamente quanto à percentagem de problemas de Assistência Respiratória.

TABELA XXVIII - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram o Problema Decúbito Dorsal.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 0   | 50  | 50    | 0,00 %           |
| B     | 2   | 48  | 50    | 4,00 %           |
| C     | 0   | 50  | 50    | 0,00 %           |
| TOTAL | 2   | 148 | 150   | 1,33 %           |

Dados não analisáveis.

Mesmo não sendo analisáveis, os dados não sugerem diferenças entre os grupos.

TABELA XXIX - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Decúbito Dorsal.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 7   | 97  | 104   | 6,73 %           |
| Experimental | 2   | 148 | 150   | 1,33 %           |
| TOTAL        | 9   | 245 | 254   | 3,54 %           |

Teste de Fisher.  $p = 0,0265$  ou 2,65%

A percentagem de pacientes que referiram problemas de Decúbito Dorsal do grupo controle é significativamente maior do que a percentagem observada no grupo experimental.

(Tabela XXX-página seguinte)

TABELA XXX - Pacientes dos Grupos Experimentais que referiram o Problema Dor.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 5   | 45  | 50    | 10,00 %          |
| B     | 2   | 48  | 50    | 4,00 %           |
| C     | 4   | 46  | 50    | 8,00 %           |
| TOTAL | 11  | 139 | 150   | 7,33 %           |

Dados não analisáveis.

Os dados não permitem análise estatística, embora a simples inspeção dos mesmos permita verificar que as diferenças são pequenas, o que não sugere significância.

TABELA XXXI - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Dor.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 4   | 100 | 104   | 3,85 %           |
| Experimental | 11  | 139 | 150   | 7,33 %           |
| TOTAL        | 15  | 239 | 254   | 5,91 %           |

Teste do Quiquadrado.  $\chi^2$  calculado = 1,34 X crítico = (1gl; 0,05) = 3,84.

O teste do quiquadrado não mostrou diferença entre os grupos.

(Tabela XXXII-página seguinte)



TABELA XXXII - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram o Problema Queixas sobre a Enfermagem.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 0   | 50  | 50    | 0,00 %           |
| B     | 0   | 50  | 50    | 0,00 %           |
| C     | 2   | 48  | 50    | 4,00 %           |
| TOTAL | 2   | 148 | 150   | 1,33 %           |

Os dados, mesmo não analisáveis, não sugerem diferença entre os grupos.

TABELA XXXIII - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram o Problema Queixas sobre a Enfermagem.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 3   | 101 | 104   | 2,88 %           |
| Experimental | 2   | 148 | 150   | 1,33 %           |
| TOTAL        | 5   | 249 | 254   | 1,97 %           |

Teste de Fisher.  $p = 0,3326$  ou 33,26%.

O resultado do Teste de Fisher mostra que a percentagem de pacientes do grupo Controle não difere significativamente da percentagem de pacientes do grupo Experimental.

(Tabela XXXIII-página seguinte)

TABELA XXXIV - Pacientes dos Grupos Experimentais que Referiram Outros Problemas.

| GRUPO | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|-------|-----|-----|-------|------------------|
| A     | 8   | 42  | 50    | 16,00 %          |
| B     | 7   | 43  | 50    | 14,00 %          |
| C     | 8   | 42  | 50    | 16,00 %          |
| TOTAL | 23  | 127 | 150   | 15,33 %          |

Teste do Quiquadrado.  $X^2$  calculado = 0,10  $X^2$  crítico =  
 $= X^2 (2gl; 0,05) = 5,99$

O teste do quiquadrado não mostrou diferença significativa entre os grupos, com relação aos pacientes que referiram Outros Problemas.

TABELA XXXV - Pacientes do Grupo Controle e Grupos Experimentais que Referiram Outros Problemas.

| GRUPO        | SIM | NÃO | TOTAL | PROPORÇÃO DE SIM |
|--------------|-----|-----|-------|------------------|
| Controle     | 7   | 97  | 104   | 6,73 %           |
| Experimental | 23  | 127 | 150   | 15,33 %          |
| TOTAL        | 30  | 224 | 254   | 11,81 %          |

Teste do Quiquadrado.  $X^2$  calculado = 4,36  $X^2$  crítico =  
 $= X^2 (1gl; 0,05) = 3,84$

A percentagem de pacientes com Outros Problemas, do grupo Experimental, é significativamente maior do que a percentagem observada no grupo Controle.

Quando questionamos o paciente para que explique de que

forma o fato relatado como problema o incomodou, as respostas se tornaram bastante diversificadas. Os dados agora apresentados correspondem às informações coletadas através da pergunta nº 2, do Anexo IV, (diga por que is to incomodou o(a) Sr.(a)?).

TABELA XXXVI - Pacientes dos Grupos Experimentais que Citam o Problema Cãnula de Entubação e a Causa do Mesmo.

| CLASSIFICAÇÃO           | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-------------------------|--------|----|----|-------|
|                         | A      | B  | C  |       |
| Não poder falar         | 3      | 3  | 3  | 9     |
| Sentir sede             | 3      | 1  | 3  | 7     |
| Ter sensação de sufocar | 4      | 1  | 2  | 7     |
| Sentir dor              | 1      | 4  | 2  | 7     |
| Sentir ânsia de vômito  | 2      | 2  | 2  | 6     |
| Sentir incômodo         | 3      | 2  | 1  | 6     |
| Outros                  | 3      | 3  | 0  | 6     |
| TOTAL                   | 19     | 16 | 13 | 48    |

Na indicação pelos pacientes da causa do problema manifesto, quando a queixa é Cãnula de Entubação, é igual a distribuição nos três grupos estudados ao mencionarem "não poder falar" com a frequência de três para cada grupo. "Sentir sede" foi apontado como causa por três pacientes do grupo A e outros tantos do grupo C, no grupo B apenas um apontou esta causa. "Sensação de sufocar" com a cãnula de entubação foi mencionada como causa por quatro pacientes do grupo A, um do grupo B e dois do grupo C. "Sentir dor" com a cãnula foi citado por um paciente do grupo A, quatro do grupo B e dois do grupo C. Para seis pacientes, a cãnula causava sensação de ânsia de vômito, sendo que em cada grupo, dois pacientes mencionaram esta causa. Sentir-se incomodado com a Cãnula foi citado por três pacientes

do grupo A, dois do grupo B e um do grupo C. Outras causas foram ainda citadas por pacientes do grupo A e três do grupo B.

TABELA XXXVII - Pacientes dos Grupos Experimentais que Citam o Problema Ambiente e a Causa do Mesmo.

| CLASSIFICAÇÃO                | GRUPOS |   |   | TOTAL |
|------------------------------|--------|---|---|-------|
|                              | A      | B | C |       |
| Não poder dormir com barulho | 3      | 0 | 1 | 4     |
| TOTAL                        | 3      | 0 | 1 | 4     |

Os quatro pacientes, três do grupo A e um do grupo C, que mencionaram o problema Ambiente disseram que a causa era não poder dormir devido ao barulho.

TABELA XXXVIII - Pacientes dos Grupos Experimentais que Citam o Problema Assistência Respiratória e a Causa do Mesmo.

| CLASSIFICAÇÃO                           | GRUPOS |   |    | TOTAL |
|---|--------|---|----|-------|
|   | A      | B | C  |       |
| Dreno torácico causa dor                | 4      | 4 | 6  | 14    |
| Exercícios respiratórios causam dor     | 4      | 3 | 3  | 10    |
| Exercícios respiratórios são cansativos | 0      | 2 | 3  | 5     |
| Aspiração provoca ânsia de vômitos      | 1      | 0 | 0  | 1     |
| TOTAL                                   | 9      | 9 | 12 | 30    |

Dos 30 pacientes que referiram o problema assistência respiratória, 14 disseram ser pela dor causada pelo dreno torácico, sendo quatro do grupo A, quatro do grupo B e seis do grupo C. Dez mencionaram que

os exercícios respiratórios causam dor, sendo quatro do grupo A, três do grupo B e três do grupo C. Cinco pacientes disseram que os exercícios respiratórios são cansativos, mencionaram isto dois pacientes do grupo B e três do grupo C. Um paciente do grupo A disse que a aspiração provoca ânsia de vômito.

O problema Decúbito Dorsal foi mencionado por dois pacientes do grupo B e como causa a Dor.

Os 11 pacientes que referiram o problema Dor, citaram como causa a própria sensação de dor, sendo cinco pacientes do grupo A, dois do grupo B e quatro do grupo C.

Dois pacientes do grupo C fizeram Queixas da Enfermagem, pois disseram ter recebido maus tratos.

TABELA XXXIX - Pacientes dos Grupos Experimentais que Citam Outros Problemas e a Causa do Mesmo.

| CLASSIFICAÇÃO                      | GRUPOS |   |   | TOTAL |
|------------------------------------|--------|---|---|-------|
|                                    | A      | B | C |       |
| Sede                               | 4      | 2 | 4 | 10    |
| Presença de sonda vesical          | 1      | 2 | 0 | 3     |
| Tudo incomoda                      | 0      | 3 | 0 | 3     |
| Cama abaixada para medir PVC       | 0      | 0 | 2 | 2     |
| Presença da sonda nasogástrica     | 0      | 0 | 1 | 1     |
| Desconforto com a posição no leito | 2      | 0 | 1 | 3     |
| Dor na inserção do cateter PAM     | 1      | 0 | 0 | 1     |
| TOTAL                              | 8      | 7 | 8 | 23    |

Sentir sede na UTI foi citado por dez pacientes, dentro da classificação Outros Problemas, sendo quatro pacientes do grupo A, dois do grupo B e quatro do grupo C. A sonda vesical, citada por três pacientes,

um do grupo A e dois do grupo B. Três pacientes do grupo B mencionaram que tudo incomoda. Dois pacientes do grupo C citaram como incômodo abaixar a cama para medir pressão venosa central (PVC); a presença da sonda nasogástrica incomodou um paciente do grupo C; a posição no leito que causa desconforto incomodou dois pacientes do grupo A e um paciente do grupo C, finalmente um paciente do grupo A, queixou-se da dor na inserção do cateter de pressão arterial média (PAM).

Todos os pacientes dos grupos experimentais foram orientados no pré-operatório, os grupos A e B pela pesquisadora e o C pelas enfermeiras da Instituição. Desejava-se saber se o paciente lembrava desta orientação e qual sua opinião sobre a mesma.

TABELA XL - Pacientes dos Grupos Experimentais e a Orientação sobre o Problema Referido.

| CLASSIFICAÇÃO              | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|----------------------------|--------|----|----|-------|
|                            | A      | B  | C  |       |
| Lembra da orientação       | 46     | 45 | 42 | 133   |
| Diz não ter sido orientado | 1      | 2  | 5  | 8     |
| Não lembra da orientação   | 3      | 3  | 3  | 9     |
| TOTAL                      | 50     | 50 | 50 | 150   |

Dos 150 pacientes que foram orientados, 133 lembraram ter recebido orientação quanto ao problema que os incomodou na UTI, 46 eram do grupo A, 45 do grupo B e 42 do grupo C. Oito pacientes afirmaram não ter recebido orientação quanto ao problema sentido, um era do grupo A, dois do grupo B e cinco do grupo C. Nove participantes não lembraram da orientação recebida, sendo três pacientes de cada grupo.

TABELA XLI - Pacientes dos Grupos Experimentais e a Opinião quanto à Qualidade da Orientação, Conforme o que os Incomodou.

| CLASSIFICAÇÃO                     | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-----------------------------------|--------|----|----|-------|
|                                   | A      | B  | C  |       |
| Fui bem orientado, foi importante | 39     | 39 | 32 | 110   |
| Não comentaram a orientação       | 7      | 5  | 11 | 23    |
| Esqueci a orientação              | 3      | 3  | 3  | 9     |
| Outros                            | 1      | 3  | 4  | 8     |
| TOTAL                             | 50     | 50 | 50 | 150   |

Cento e dez pacientes opinaram favoravelmente à orientação, dizendo que foram bem orientados e que foi importante a orientação. Vinte e três pacientes não comentaram a orientação recebida, sendo sete do grupo A, cinco do grupo B e 11 do grupo C. Nove pacientes esqueceram a orientação pré-operatória e foram três de cada grupo. Apontaram outros aspectos, oito pacientes, sendo um do grupo A (devia ser orientado no dia da cirurgia); três do grupo B (não foi profunda; não pensei ser tão ruim) e no grupo C, quatro pacientes (orientação foi mais ou menos; lembro pouco; fiquei na mesma).

TABELA XLII - Pacientes dos Grupos Experimentais e a Identificação do Orientador.

| CLASSIFICAÇÃO | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|---------------|--------|----|----|-------|
|               | A      | B  | C  |       |
| Pesquisadora  | 36     | 32 | 0  | 68    |
| Psicóloga     | 2      | 3  | 19 | 24    |
| Não lembra    | 6      | 7  | 10 | 23    |
| Moça          | 6      | 4  | 6  | 16    |
| Enfermeira    | 0      | 0  | 10 | 10    |
| Outros        | 0      | 4  | 5  | 9     |
| TOTAL         | 50     | 50 | 50 | 150   |

Dos 100 pacientes orientados pela pesquisadora, 68 a identificaram como quem lhes orientou, sendo 36 pacientes do grupo A e 32 do grupo B.

Dos 150 pacientes orientados, 24 identificaram como orientador a psicóloga, sendo dois do grupo A, três do grupo B e 19 do grupo C. Vinte e três pacientes disseram que não lembravam quem os orientou, sendo seis do grupo A, sete do grupo B e dez do grupo C. Dezesesseis pacientes mencionaram que foram orientados pela "Moça", sem dizer seu nome ou profissão, foram seis do grupo A, quatro do grupo B e seis do grupo C. A enfermeira foi identificada como orientadora por dez pacientes do grupo C. Na classificação Outros, o médico foi citado por três pacientes do grupo B e um do grupo C; dois pacientes do grupo C afirmaram ter sido orientados por colegas de quarto, três pacientes, um do grupo B e dois do grupo C, citaram pessoas que não foi possível identificar na Instituição.

TABELA XLIII - Pacientes dos Grupos Experimentais e Outras Orientações Pré-Operatórias.

| CLASSIFICAÇÃO                    | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|----------------------------------|--------|----|----|-------|
|                                  | A      | B  | C  |       |
| Receberam outras orientações     | 50     | 49 | 40 | 139   |
| Não receberam outras orientações | 0      | 1  | 10 | 11    |
| TOTAL                            | 50     | 50 | 50 | 150   |

Os 50 pacientes do grupo A referiram ter recebido outras orientações além daquela relativa ao problema que o incomodou; 49 pacientes do grupo B referiram o mesmo, sendo que apenas um paciente afirmou categoricamente não ter recebido nenhuma orientação pré-operatória. Dez pacientes do grupo C afirmaram não ter recebido orientações pré-operatórias.



TABELA XLIV - Pacientes dos Grupos Experimentais e o Tipo de Orientação Mencionada.

| CLASSIFICAÇÃO            | GRUPOS |     |    | TOTAL |
|--------------------------|--------|-----|----|-------|
|                          | A      | B   | C  |       |
| Pré-operatório imediato  | 31     | 47  | 21 | 99    |
| Ambiente da UTI          | 18     | 21  | 5  | 44    |
| Assistência respiratória | 46     | 37  | 33 | 116   |
| Percepção dolorosa       | 8      | 4   | 9  | 21    |
| Motilidade               | 10     | 6   | 5  | 21    |
| Eliminações              | 11     | 9   | 9  | 29    |
| Uso de aparelhos         | 30     | 5   | 1  | 36    |
| Outras                   | 0      | 0   | 3  | 3     |
| TOTAL                    | 154    | 129 | 86 | 369   |

Solicitou-se aos pacientes que mencionassem quais as orientações prestadas no pré-operatório que eles se lembravam. Ao todo foram citados 369 itens de orientação; 154 pelo grupo A, 125 pelo grupo B e 86 pelo grupo C.

Quanto ao tipo, 99 foram relativos ao pré-operatório imediato, sendo 31 pelo grupo A, 47 pelo grupo B e 21 pelo grupo C. O ambiente da UTI foi citado 18 vezes pelos pacientes do grupo A, 21 pelo grupo B e cinco pelo grupo C, num total de 44. A assistência respiratória teve o maior número com 116 citações, sendo 46 pelo grupo A, 37 pelo grupo B e 33 pelo grupo C. A percepção dolorosa foi citada pelo grupo A oito vezes, pelo grupo B, quatro e pelo grupo C, nove vezes, perfazendo 21 citações. A motilidade também foi mencionada 21 vezes, dez pelo grupo A, seis pelo grupo B e cinco pelo grupo C. As eliminações foram mencionadas por 11 pacientes do grupo A, nove do grupo B e nove do grupo C. O uso de aparelho foi lembrado por 30 pacientes do grupo A, cinco do grupo B e um paciente do grupo C. Três pacientes do grupo C mencionaram outras orientações.

TABELA XLV - Pacientes dos Grupos Experimentais e a Lembrança das Pessoas na UTI.

| CLASSIFICAÇÃO           | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|-------------------------|--------|----|----|-------|
|                         | A      | B  | C  |       |
| Lembram das pessoas     | 39     | 24 | 34 | 97    |
| Não lembram das pessoas | 11     | 26 | 16 | 53    |
| TOTAL                   | 50     | 50 | 50 | 150   |

Perguntados se lembravam das pessoas que os assistiram na UTI, 97 pacientes disseram que sim e 53 que não lembravam. Os que lembravam eram 39 do grupo A, 24 do grupo B e 34 do grupo C. O maior número de pacientes que não lembravam das pessoas da UTI está no grupo B, 26 pacientes.

TABELA XLVI - Pacientes dos Grupos Experimentais e suas Impressões Gerais da UTI.

| CLASSIFICAÇÃO | GRUPOS |    |    | TOTAL |
|---------------|--------|----|----|-------|
|               | A      | B  | C  |       |
| Positiva      | 39     | 37 | 42 | 118   |
| Neutra        | 11     | 10 | 8  | 29    |
| Negativa      | 0      | 3  | 0  | 3     |
| TOTAL         | 50     | 50 | 50 | 150   |

Predominou a impressão positiva nos pacientes assistidos na UTI, 118 referiram isto, sendo 39 do grupo A, 37 do grupo B e 42 do grupo C. Neutra foi a impressão de 29 pacientes, 11 do grupo A, dez do grupo B e oito do grupo C. Impressão negativa tiveram três pacientes do grupo B.

#### 4. DISCUSSÃO

#### 4. DISCUSSÃO

A discussão dos dados coletados no Histórico de Enfermagem pré-operatório tem como objetivo destacar aqueles que acreditamos significativos para caracterizar os grupos em estudo, mas a sua real significância se dá a nível individual, visto que estes dados foram levantados para permitir o conhecimento prévio do paciente e possibilitar a elaboração do seu perfil, facilitando desta forma a assistência individualizada. Enquanto grupo, vejamos o que se destaca:

A maioria absoluta dos pacientes referiu preferências alimentares (38) e uso de dieta hipossódica (37); apenas 11 disseram utilizar dieta geral e 14 apreciavam dieta hipergordurosa.

A enfermeira é responsável pela administração da dieta do paciente no pós-operatório, deve obedecer as restrições determinadas pelo quadro clínico em que este se encontra e respeitar tanto quanto possível, suas preferências. Cabe à enfermeira explicar ao paciente as restrições impostas, para facilitar a sua adaptação.

O paciente não aceita com facilidade as restrições alimentares impostas na UTI; KIMURA<sup>(31)</sup>, ao pesquisar problemas de pacientes de Unidades de Terapia Intensiva, identificou como problemas sentidos, prioritariamente, os aspectos "de família, a dor, as sondas, os drenos e cateteres, a alimentação ..."; as queixas quanto à alimentação referiam-se à qualidade e quantidade. Explicar ao paciente os motivos da dieta leve e fracionada no pós-operatório, permite maior aceitação das restrições necessárias.

Dos 100 pacientes entrevistados, 22 eram tabagistas até o momento da hospitalização. Estes pacientes, obrigatoriamente, tiveram que abandonar o hábito do fumo, o que, sabemos, não é tarefa fácil ao fumante e requer apoio da equipe de saúde.

A maioria dos pacientes era economicamente ativa (51), conforme verificamos na descrição da Tabela IV. Predominam os pacientes que se denominaram adaptados à atividade exercida (17).

As preocupações mencionadas quanto ao trabalho diziam respeito a duas situações bem distintas: a primeira, relativa ao período anterior à doença, caracterizada quanto a dificuldades inerentes ao tipo de atividade exercida; a segunda situação, relativa às limitações impostas pela própria doença, prejudicava o desempenho de atividade ou diminuía o rendimento financeiro.

Oitenta e sete pacientes tinham família constituída, sendo que 70 eram casados, seis amasiados e 11 viúvos. Estes últimos, apesar de não terem mais o companheiro, referiram a existência de filhos. A família freqüentemente é causa de preocupação para o paciente, que pensa nos filhos ou no companheiro com saudade, medo de morrer, faltar à família e gerar problemas financeiros à mesma. Estes problemas, quando não resolvidos, podem dificultar a recuperação do paciente pelo estresse que geram.

A resolução de um problema para o paciente não deve ser compreendida apenas quando este problema deixa de existir. VARGAS<sup>(56)</sup> afirma que ouvir o paciente, permitir que expresse seus sentimentos é uma alternativa terapêutica que diminui o estresse.

A manifestação de preocupação com a família pode ou não estar vinculada a dificuldades de relacionamento, porém, quando estas dificuldades existem, o estresse do paciente é mais freqüente.

Na amostra em estudo, os pacientes do sexo masculino referiram maior número de preocupações com o trabalho, o que foi pouco freqüente nas mulheres, refletindo desta maneira a maior participação do homem como provedor econômico da família. As preocupações dos homens em relação à família são associadas às dificuldades para manter o orçamento doméstico. Já as mulheres relataram preocupações em relação à família, ligadas

aos afazeres domésticos, à educação dos filhos e raramente mencionaram preocupação com o trabalho remunerado, provavelmente, dada a sua pequena participação nesta área. As exceções existiram tanto para homens como para mulheres.

O lazer é citado nas suas formas mais variadas, desde atividades passivas (dormir, não fazer nada) até as ativas (jogar, trabalhos manuais). O lazer pode ser utilizado como dispensor de tensões geradas pela hospitalização e iminência de cirurgia; à enfermeira cabe identificar o que interessa ao paciente e estimulá-lo a usar os meios existentes no hospital. A planta física da instituição permite: passeios pelo corredor externo, ver televisão, fazer leituras e a formação de grupos para jogos.

Os esportes e atividades físicas atraíam menos nos pacientes: 56 não praticavam nenhuma atividade física; os restantes, com raras exceções, lembravam dos esportes como coisa do passado, da época da infância ou adolescência; aqueles que mencionaram não ter referido restrições após a doença, foram justamente aqueles que não praticavam esportes; identificamos apenas um paciente que estava sendo acompanhado regularmente quanto à sua atividade física.

Os pacientes costumam manifestar curiosidade quanto à atividade física que poderão desenvolver após a cirurgia. A tendência mais observada é para o sedentarismo devido ao receio de sobrecarga da atividade cardíaca. Os pacientes devem ser informados da necessidade de exercícios e atividades físicas no pós-operatório, e deverão ser acompanhados pela equipe especializada da instituição, que fará testes para a correta dosagem das atividades.

Conhecer a percepção do paciente quanto a tratamentos e provas diagnósticas a que foi submetido anteriormente, ajuda a conhecer seus medos, mecanismos de reação e expectativas quanto a experiências futuras.

Um bom exemplo é o cateterismo cardíaco, prova diagnóstica utilizada regularmente no pré-operatório, ao qual apenas três pacientes da amostra não foram submetidos. Existe na instituição um programa de orientação para o cateterismo; ainda assim, 21 pacientes afirmaram que não foram orientados e três não se lembravam. É possível que estes pacientes não tenham sido orientados ou que tenham esquecido a orientação.

Quanto à orientação para o pós-operatório, que foi feita para os grupos A e B, verificando as Tabelas XV e XVIII, encontraram-se nove pacientes que disseram não ter sido orientados quanto ao problema que os incomodou na UTI e um afirmou não ter recebido nenhuma orientação.

Os nove pacientes que negaram a orientação quanto ao que os incomodou manifestaram problemas não previstos no Plano de Orientação, portanto, realmente não houve a orientação. O que negou qualquer tipo de orientação, apresentou sinais de desorientação no tempo e no espaço quando assistido na UTI e também comportamento agressivo para com as pessoas que o assistiam.

Consultando a Tabela X, encontraram-se 14 pacientes que já haviam sofrido cirurgia cardíaca anteriormente e 19 que já haviam sido internados em UTI clínica, portanto, 34 pacientes conheciam o ambiente de terapia intensiva.

Conhecer o ambiente da UTI, em experiência anterior, pode gerar dois tipos de situações bem definidas: Se esta experiência foi positiva, fez com que o paciente se sentisse seguro e sem medo do desconhecido, mas se foi negativa, gerou ansiedade por ter que ser repetida uma experiência desagradável.

Apesar do ambiente da UTI, com o tratamento aí desenvolvido, ser agressivo para o paciente, os três grupos estudados disseram que a experiência deixou predominantemente a impressão positiva (118), para 29 pacientes a permanência na UTI foi neutra e três a consideraram negativa (Tabela XLVI).

Os pacientes reoperados mereceram uma abordagem diferente quanto à orientação pós-operatória. Questionaram-se quais haviam sido suas experiências, do que se lembravam da internação anterior, o que os havia incomodado, para, então, adequar-se a orientação a cada paciente.

A segunda etapa de nosso trabalho compreende o período pós-operatório. A organização das informações deste período foi a mais complexa e trabalhosa da pesquisa.

Como adepta da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, segundo a linha proposta por HORTA<sup>(24)</sup>, a autora queria experimentar, testar, avaliar sua exeqüibilidade na prática e no ensino.

Sem a pretensão de analisar a teoria em seu todo, limitou-se a experiência à aplicação do processo de enfermagem, em suas seis etapas no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca e tentar-se-á analisar alguns aspectos desta aplicação, frente ao marco conceitual proposto por HORTA<sup>(24)</sup>.

Em seu livro "Processo de Enfermagem", HORTA<sup>(24)</sup> apresenta três modelos de Histórico e outros dois que denomina simplificados; a estrutura destes Históricos está assim constituída: Identificação, Percepções e Expectativas, Atendimento das Necessidades Básicas, Exame Físico, Queixas dos Pacientes, O que gostaria de perguntar, Dados Clínicos de interesse para a enfermagem e Impressões do entrevistador.

Dada a situação da clientela com que se trabalhou, considerou-se necessário elaborar um Histórico de Enfermagem que melhor se adequasse à situação de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Entendendo o Histórico de Enfermagem como a coleta sistematizada de dados do cliente, utilizando os procedimentos de Entrevista e Exame Físico, privilegiou-se este último, visto que o paciente se encontra sob efeito anestésico, sem condições de manter Entrevista. Nem por isto a comunicação com o paciente deve ser esquecida, tão logo haja condições para tal.



Na tentativa de manter-se dentro do referencial teórico proposto pela autora, procurou-se já no Histórico de Enfermagem, vincular a coleta de dados às necessidades básicas.

Analisando a lista de necessidades elaborada por HORTA<sup>(24)</sup>, encontrou-se 30 necessidades psicobiológicas, 17 psicossociais e a psico-espiritual subdividida em duas; ao todo 49 necessidades básicas.

Sendo impraticável trabalhá-las todas na situação de pós-operatório, optou-se por selecionar aquelas que a experiência apontava como as mais frequentemente afetadas na situação definida para o estudo.

Consultando o ANEXO III, encontram-se as 15 necessidades básicas selecionadas; comparando esta listagem com a de HORTA<sup>(24)</sup>, perceberam-se algumas modificações que passa-se a comentar. Denominou-se de Circulação a necessidade chamada de Regulação Vascular porque, segundo FERREIRA<sup>(16)</sup>, "vascular referente aos vasos, em especial os sangüíneos" e "Circulação, função vital que transmite às partes do corpo de um animal ou de um vegetal o alimento ou o oxigênio necessário à vida"; frente aos dois conceitos considerou-se "Circulação" mais adequado, por envolver a atividade cardíaca, vascular e transporte de substâncias. Regulação hidrosalina e eletrolítica constam da lista de HORTA<sup>(24)</sup>, como duas necessidades distintas e a segunda está contida na primeira (Hidro = água e salina = sais, eletrólitos; eletrolítica = que contém eletrólitos, sais); preferiu-se chamá-la de equilíbrio hidroeletrolítico. Introduziu-se a necessidade de Equilíbrio ácido-básico e restringiu-se a Eliminação somente para Eliminação Urinária.

Definidas as necessidades básicas com as quais se iria trabalhar, o passo seguinte foi definir os Problemas de Enfermagem pertinentes a cada necessidade. HORTA<sup>(24)</sup>, diz que problema de enfermagem "são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessida-

des básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional"; menciona ainda que um mesmo problema pode afetar mais de uma necessidade.

Considerando que a aplicação do Histórico no pós-operatório se faria em situação de ensino-aprendizagem, o mesmo deveria ser o mais dirigido possível quanto aos dados a serem coletados, para não se ficar face a incertezas do aluno, pouco experiente.

Outra contribuição que acreditamos trazer é a definição do que cabe ser colocado como problema de enfermagem, em cada necessidade básica identificada como afetada na situação em estudo.

Para a seleção dos problemas, utilizou-se o instrumental adotado pela instituição, tais como as Folhas de Controles, Manuais de Normas e Rotinas. Consultaram-se também o trabalho de THORPE<sup>(54)</sup>, que elaborou uma listagem com os procedimentos de enfermagem para o paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, e o Roteiro de Observações propostos por DANIEL<sup>(11)</sup>.

Sabe-se que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas tem influenciado muitos currículos de cursos de enfermagem; esta influência é mais sentida nas disciplinas que iniciam o tronco profissional comum, principalmente em Fundamentos de Enfermagem. É provável que isto aconteça por causa dos mestres formados por HORTA nos cursos de pós-graduação.

Quando são introduzidas as outras disciplinas profissionalizantes, e se inicia a abordagem das doenças, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas se torna menos influente e perde-se então o marco conceitual proposto na teoria. Este fato foi comprovado por SOUZA<sup>(51)</sup>, que verificou que o ensino da aplicação do processo de enfermagem tem sido relatado como experiência que predomina nas primeiras disciplinas profissionalizantes, sendo abandonado posteriormente. É necessário que o processo permeie todas as disciplinas de graduação e o professor tem a responsabilidade de fazer o aluno reconhecê-lo como instrumento de trabalho.

A estrutura do Histórico, definindo a necessidade básica e os problemas que a afetam, facilitou a elaboração do Diagnóstico no que se refere à identificação da necessidade básica. Chamamos atenção para isto, pois, em experiências anteriores, em que a coleta de dados não era assim dirigida, com freqüência surgiram dúvidas sobre qual a necessidade que estava sendo afetada pelo problema identificado.

Deve-se ainda ressaltar a importância de não perder a visão de conjunto para assistir o paciente como um todo. Assim, apesar da análise em separado de problemas X necessidades, deve-se lembrar que são interdependentes e que um problema pode afetar de diferentes formas a mais de uma necessidade.

Na Tabela XI e Gráfico 1 são mostradas as necessidades afetadas no grupo em estudo, no pós-operatório imediato, primeiro e segundo pós-operatório. As 15 necessidades selecionadas previamente foram confirmadas como efetivamente afetadas, sendo acrescentadas a Regulação Térmica, Hormonal e Imunológica.

Quanto à Regulação Térmica, que não constava no Histórico, mostrou uma incidência de comprometimento em torno de 44 a 50 % dos pacientes nos três momentos de pós-operatório em que foi analisada. Os problemas comumente apontados foram a hipotermia no pós-operatório imediato e a hipertermia nos primeiro e segundo pós-operatórios. Será usada esta necessidade para exemplificar uma dúvida relativamente freqüente na aplicação do Processo de Enfermagem. Obrigatoriamente, o controle da temperatura deve ser instituído em todos os pacientes em pós-operatório, pois quando submetidos a anestesia geral há a possibilidade de desequilíbrio dos centros termo-reguladores ou a presença de temperatura elevada nos dias subseqüentes pode ser um sinal precoce de presença de infecção. No pós-operatório de cirurgia cardíaca, associa-se a influência do uso da hipotermia durante o ato-cirúrgico, com efeitos que se prolongam na terapia intensiva.

A dúvida a que se referiu anteriormente é quanto à inclusão da necessidade de Regulação Térmica como afetada somente quando se identificassem alterações, ou se deveria ser incluída sempre, uma vez que o controle de temperatura é obrigatório. Considerando o "Controle de Temperatura" como uma ação que "exige da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional", a necessidade de Regulação Térmica encontrar-se-ia afetada em todos os pacientes do grupo, mas se os problemas de enfermagem "são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas" não devemos considerá-la afetada sempre, mas somente quando em desequilíbrio. Esta relação desequilíbrio X assistência leva a pensar que um não pode ocorrer sem o outro e, pelo exemplo citado, espera-se haver demonstrado que esta relação não se processa obrigatoriamente assim.

As ações preventivas, que são citadas numa das proposições de HORTA<sup>(24)</sup>, "todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação" devem ser instituídas antes que se estabeleça o desequilíbrio; será então, que as situações que geram ações preventivas não são "problemas de enfermagem"?

Esta reflexão permeou toda a etapa em que foram assistidos os pacientes na UTI e incluiu a participação dos alunos. Considerou-se mais adequado aceitar como problema de enfermagem as manifestações de desequilíbrio da necessidade e as situações em que determinamos uma ação para detectar ou prevenir desequilíbrios. O uso deste conceito permitiu afirmar que as 15 necessidades selecionadas para este estudo, apresentaram-se afetadas, e quando considerou-se como problema aquelas situações em que já há desequilíbrio (como no exemplo da Regulação Térmica), o número de necessidades afetadas diminuiu sensivelmente (44 a 50% dos pacientes).

A elaboração do Diagnóstico de Enfermagem fundamentou-se no tipo de ação a ser desenvolvida para atender a cada necessidade; achou-se mais viável considerar simultaneamente o grau de dependência que

o paciente tem da enfermagem e a ação necessária para atender a esta dependência.

O gráfico 2 permite visualizar que as necessidades de Terapêutica e de Circulação apresentam dependência total, exigindo ações do tipo Fazer; Equilíbrio Hidroeletrólítico e Ácido-básico e Integridade Cutâneo-mucosa também apresentam alto grau de dependência, seguidos de Cuidado Corporal e Oxigenação; progressivamente diminui o grau de dependência predominando a supervisão.

Na determinação do grau de dependência, relacionando-o com a determinação das ações (Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar), encontraram-se algumas dificuldades em relação à definição da complexidade da ação; aparentemente, quanto maior o grau de dependência do paciente mais complexa deveria ser a ação de enfermagem para atender a esta dependência, porém, não foi esta a conclusão a que chegamos em nossa reflexão.

Exemplificando com dados da Tabela XII, a necessidade de Integridade Cutâneo-mucosa apresentou-se afetada nos 50 pacientes do grupo, nos três momentos analisados e, em 120 situações, a dependência foi Total, exigindo ação do tipo Fazer (Fazer curativo) e em 30 situações a ação foi de Supervisão (Observar incisões cirúrgicas); portanto, uma necessidade de alto grau de dependência, visto que o paciente não pode fazer seus curativos sozinho. Tomando outra necessidade, a de Segurança, também afetada em todos os pacientes, porém com grau de dependência menor, em Supervisionar (88), Orientar (36), Ajudar (20) e Fazer (6). Comparando as duas necessidades citadas, à primeira vista a Integridade Cutâneo-mucosa é mais complexa, dado o grau de dependência, mas o atendimento desta necessidade (executar um curativo em incisão extensa mas, via de regra, sem secreção ou deiscência) reveste-se de menor complexidade se comparado à necessidade de segurança com predomínio da ação Supervisão; porém esta supervisão

envolve reações físicas (taquicardia, sudorese, palidez, queixas de dor) e emocionais (agitação, ansiedade, reações agressivas, mutismo e outros).

O que queremos salientar é que não se pode raciocinar exclusivamente em ordem direta quanto ao grau de dependência e complexidade de ação, pois há situações em que o grau de dependência é total e a ação exigida pode não ser de alta complexidade e o inverso também pode ser verdadeiro.

O grau de complexidade da assistência de enfermagem é abordado por LOPEZ <sup>(39)</sup>, quando procura diferenciar a observação de enfermagem do cuidado de enfermagem. Ao traçar critérios para a admissão do paciente à UTI, o autor diz "a necessidade do doente relativamente à observação da enfermagem constitui o principal elemento a ser avaliado em todas as ocasiões, para se decidir a respeito da sua admissão e alta". É fundamental para LOPEZ <sup>(39)</sup> a diferenciação entre observação e cuidado de enfermagem "no primeiro caso a enfermeira observa as funções vitais do doente; no segundo, a enfermeira assiste o doente nos aspectos relativos à higiene, alimentação, fisioterapia; estas funções podem ser exercidas simultaneamente pela enfermeira, de acordo com as necessidades do doente". Esta conceituação é explicada mais adiante quando se diferencia "tratamento intensivo" de "cuidado intensivo", por exemplo, um paciente com comprometimento neurológico pode necessitar de "cuidado intensivo", mas este não é o "tratamento intensivo".

Percebemos nas idéias do autor uma tentativa de diferenciar ou separar o trabalho intelectual da observação (em que ele enfatiza a necessidade de avaliação e juízo crítico da enfermeira) com o trabalho manual do fazer o cuidado.

Há ênfase por parte de LOPEZ <sup>(39)</sup>, do trabalho intelectual, que no seu entender valoriza a enfermeira, "o termo tratamento nem sempre significa que o paciente se irá submeter a qualquer tipo de terapêutica. Muitas vezes, a única conduta durante a interna-

ção é a observação clínica realizada de modo contínuo pela enfermeira e, periodicamente, pelo médico, de acordo com a evolução clínica do paciente". Para esclarecimento este autor é médico.

Na Tabela XIII e Gráfico 3 está colocado o número de ações de enfermagem nos tempos pós-operatórios, ações estas classificadas quanto à natureza. Nas primeiras horas de pós-operatório foi prescrito o menor número de ações de enfermagem (686), mas foram predominantemente ações do tipo "Fazer", portanto demonstrando o alto grau de dependência do paciente; as ações do tipo "Ajudar" (8) e "Orientar" (25) tiveram baixa frequência; em "Supervisionar" (241) cresce o número de ações. Com a evolução do paciente, no primeiro e segundo pós-operatório, as ações do tipo "Fazer" cedem lugar a outras de menor dependência, aumentando as do tipo "Ajudar" (respectivamente, 147 e 129 no 1º e 2º PO), a "Orientação" assume papel mais expressivo (36 no 1º PO e 43 no 2º), o mesmo ocorrendo com "Supervisão" (269 e 289 para 1º e 2º PO). O Gráfico 3 permite visualizar o aumento do número de ações no 1º PO e, comparando os três períodos, verifica-se que as ações "Fazer" do PO nas primeiras horas cedem lugar às de menor dependência.

O menor número de ações no pós-operatório imediato pode ser explicado pelo maior grau de dependência do paciente e porque uma ação do tipo "Fazer" engloba os graus menores; portanto, ao "Fazer" devemos estar ajudando, orientando e supervisionando, simultaneamente.

O Gráfico 4 reforça o quanto o paciente é dependente das ações de enfermagem, pois predominaram as do tipo Fazer (995), seguidas quanto à frequência, de Supervisionar (799), Ajudar (284) e Orientar (104). Destaca-se novamente o conceito de que ações de maior grau de dependência englobam as de menor dependência. Menciona-se isto para que fique compreendido que as ações de Orientação correspondem exclusivamente a situações em que este era o enfoque principal, exemplificando: a prescrição "Orientar quanto à importância do sono e repouso", foi classifica-

da como "orientar" porque consiste de uma explicação ao paciente dos efeitos benéficos do sono e também tranquilizá-lo quanto à continuidade da assistência durante o período em que dormisse. Já uma ação do tipo "Fazer" : "manter vias aéreas permeáveis", consistia em aspirar secreções, umidificar, controlar o respirador e sempre a orientação ao paciente dos procedimentos em execução. Portanto, não se pode considerar que houve apenas 104 ações Orientar, mas lembra-se que a orientação está presente no "Fazer" e "Ajudar".

Para as ações de Supervisão, segundo HORTA<sup>(24)</sup>, "entram todas as observações à serem feitas, os controles, a supervisão das orientações dadas".

Ações do tipo "Encaminhar" não foram determinadas pelas alunas e acredita-se que isto aconteceu devido à forma de trabalho em equipe adotada pela instituição; a presença constante dos outros profissionais (médicos, fisioterapeutas, ocasionalmente, psicólogos) faz com que problemas identificados em pacientes, que requeiram a participação desses profissionais, são tão rapidamente atendidos e de maneira tão eficiente que a enfermagem não sente necessidade de registrar estas ações. Por exemplo, um resultado de exame laboratorial alterado recebido e avaliado pela enfermeira é imediatamente entregue ao médico para que institua a terapêutica adequada.

Os dados relativos à entrevista no período Pós-Operatório podem ser subdivididos em dois itens: dados de interesse clínico (da Tabela XIV à XIX) e estudo dos problemas manifestos pelos pacientes (da Tabela XX a XLVI). Esta parte da discussão obedecerá esta divisão.

Os dados de interesse clínico analisados foram o tipo de cirurgia, o tempo de duração da cirurgia, o tempo de circulação extracorpórea, o tempo de permanência na UTI, o tempo de entubação e intercorrências no ato cirúrgico e pós-operatório.

Quanto ao tipo de cirurgia, nos grupos A e B predominou a revascularização de miocárdio (25 e 30 pacientes), no grupo C, a correção de lesão valvar (33) (Tabela XIV); o tempo de cirurgia foi mais



longo nos grupos A e B (24 pacientes de seis a sete horas) e menor no grupo C (32 com quatro a cinco horas) (Tabela XV); a duração da extracorpórea foi maior no grupo A (20 pacientes com 121 minutos ou mais), incidência para o grupo B, também alta (16 pacientes) e, no grupo C, o tempo foi menor (30 pacientes de 61 a 120 minutos), com 27 pacientes do Grupo B com este tempo (Tabela XVI); o tempo de permanência na UTI foi mais longo para o grupo B (11 pacientes com mais de 60 horas) (Tabela XVII); o tempo de entubação também foi maior para o grupo B (17 pacientes com mais de 20 horas) (Tabela XVIII) e, quanto a intercorrências no ato cirúrgico ou no pós-operatório, a incidência maior esteve para os grupos A e B (7) do que para o grupo C (3).

O grupo B caracterizou-se também por apresentar a maior frequência de pacientes com mais de 40 anos (37). ASAKURA<sup>(1)</sup> pesquisou as complicações no pós-operatório de cirurgia cardíaca nos idosos (acima de 65 anos) e constatou que são mais frequentes as alterações eletrocardiográficas, pulmonares, neurológicas, renais, fator de coagulação e outras. O tempo médio de permanência na UTI, para os idosos, foi de dez dias. A autora conclui com a apresentação das modificações introduzidas na assistência de enfermagem pautadas na filosofia do idoso e nas complicações mais frequentes no pós-operatório.

Analisando-se estes dados de maneira global, o grupo B foi o que se apresentou clinicamente mais comprometido, mas com características semelhantes às do grupo A; já o grupo C, aparentemente encontrava-se em melhor situação clínica.

Poder-se-ia esperar que os pacientes do grupo B, por serem clinicamente mais comprometidos, referissem com maior frequência a incidência de problemas na UTI. Os dados da Tabela XX mostram que não houve significância na manifestação de problemas entre os três grupos experimentais, mas o grupo B apresentou a menor percentagem de problemas (72%). Estes dados levam a pensar que a assistência sistematizada implementada

para os pacientes do grupo B, possa ser responsável pelos bons resultados obtidos, visto que foi a única variável favorável ao grupo.

Os dados de interesse clínico selecionados para análise foram por configurarem fatores desencadeantes de situação-problema, já identificados por vários autores. Como a simples apresentação numérica não traduz estas situações, optou-se por relatar algumas experiências em que pôde-se vivenciar a influência dos mesmos nas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais dos pacientes.

Selecionaram-se alguns pacientes que relataram ou apresentaram situações e experiências individualizadas, nas quais percebemos pontos comuns com outros pacientes.

A seguir relata-se o caso de um paciente que fez parte do primeiro grupo de amostras, aquele que recebeu orientação pré-operatória pela pesquisadora e foi assistido na UTI pela equipe da instituição.

Paciente homem, 30 anos de idade, engenheiro civil, diagnóstico médico de insuficiência aórtica. Relata hábitos alimentares e equilibrados, não usa tabaco e álcool, ativo profissionalmente, casado, com dois filhos (três anos e seis meses), preocupado em manter o mesmo desempenho atual após a cirurgia (de trabalho, vida familiar e sexual); atividades físicas restritas desde os nove anos, quando foi diagnosticada a lesão valvar; fez dois cateterismos cardíacos e teve medo na introdução do cateter; relata internação por 40 dias há dez anos atrás. Estas informações foram prestadas pelo paciente de modo natural e espontâneo e em seguida, procedeu-se à aplicação do Plano de Orientação.

Quando já se dava por concluída a entrevista, percebeu-se que o paciente ainda tinha necessidade de conversar, pois mostrou-se interessado em conhecer o trabalho que estava sendo feito, uma vez que não havia visto outro paciente receber esta atenção. Comentou-se a crença na necessidade de um maior relacionamento enfermeira-paciente e então ele disse: "desde os nove anos de idade preciso restringir minhas atividades,

sempre fui diferente dos outros para meus pais, amigos, na escola e no trabalho; aprendi a limitar minhas aspirações às condições impostas pela doença; gostaria de saber se na UTI o paciente pode chorar e se você estará ao meu lado no pós-operatório. Tenho receio de deixar minha esposa e meus filhos".

A calma aparente do paciente para enfrentar o ato cirúrgico traduzia um comportamento racionalizado, conforme descrito por BELAND<sup>(3)</sup>, mas ainda muito carregado de emoção, que se identificou pela abundante sudorese apresentada pelo paciente durante a entrevista e, finalmente, exteriorizada pela verbalização.

Este paciente pediu que se fosse visitá-lo novamente no dia seguinte, quando repetiu toda a orientação prestada no dia anterior; aparentemente mais calmo, aceitou a impossibilidade da presença da pesquisadora no pós-operatório, visto ser o paciente, do grupo A, não assistido pela autora na UTI.

KAPLAN<sup>(27)</sup> estudou um grupo de pacientes submetidos a comissurotomia mitral e os aspectos psicológicos relacionados à doença cardíaca. O valvopata adulto, dada a longa evolução de sua doença que, via de regra, teve origem na infância, sofre as conseqüências do problema. Segundo o autor supracitado "este tipo de paciente tem um estilo de vida próprio caracterizado por atividades diminuídas pelos sintomas da dispnéia e redução da reserva cardíaca; os hábitos de trabalho são modificados e as relações interpessoais com a família e amigos são influenciadas pela doença. Estas mudanças causam ruptura ou inadequação dos mecanismos psicológicos de adaptação e outros podem ser fortalecidos ou desenvolvidos; em conseqüência, o paciente vivencia ansiedade ou alterações psicopatológicas".

Este paciente ajusta-se à descrição de KAPLAN<sup>(27)</sup>, quanto ao estilo de vida. Identificou-se, também, a vivência da ansiedade,

mas reconhecem-se íntegros os mecanismos da homeostasia psicológica descritos por BELAND <sup>(3)</sup>. Para ela, o desequilíbrio psicológico evolui progressivamente da tensão para ansiedade, raiva, desamparo, culpa e culmina com o sentimento de vergonha; as respostas adaptativas desejadas são a racionalização, a projeção, a sublimação, o deslocamento até a rejeição. O paciente conseguiu racionalizar seus sentimentos de tensão e ansiedade.

A tensão é previsível numa situação de pré-operatório de cirurgia de alto risco, acrescida dos tabus e preconceitos que ainda cercam a cirurgia cardíaca; soma-se a isto a longa convivência com a doença restritiva e incapacitante que, o paciente sabe, terminará quase que fatalmente em cirurgia.

VARGAS <sup>(55)</sup> realizou um estudo para identificar os aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca e, após tecer comentários sobre os avanços da cirurgia cardíaca, analisou o abandono dos aspectos emocionais e psicológicos do paciente cardíaco, lembrando que, se este ângulo não for assistido, pouco ou nenhum proveito o paciente tira da cirurgia. As ameaças à integridade do eu e do autoconceito, sua ligação com o ambiente põem em risco seu bem-estar físico. VARGAS <sup>(56)</sup> cita ZIMMERMAN que concluiu: 1. a negação da ansiedade pelo paciente no pré-operatório da cirurgia cardíaca parece ser um fator predisponente ao aparecimento de complicações clínicas; 2. a vivência hospitalar, contribuindo para o aumento do nível de ansiedade pré-operatória, provavelmente favorece o aparecimento de complicações psiquiátricas".

A negação da ansiedade por parte do paciente, foi identificada muitas vezes durante a coleta de dados. É comum o paciente dizer que não está preocupado, que confia na equipe que o assiste, que tem fé em Deus; estas reações são prontamente aceitas pela equipe de saúde, pois aparentemente não merecem maior atenção por indicarem adaptação à situação.

Recomenda-se cautela na avaliação destas reações , pois, na apresentação de seus resultados, VARGAS<sup>(57)</sup> relatou que " o modo foi a manifestação psíquica mais evidenciada no grupo experimental (67%), a terapêutica instituída foi permitir ao paciente desabafar, relacionando-se os problemas de estresse com o desabafar; as melhoras das manifestações psíquicas e das somáticas evidenciaram que o esclarecimento psicológico junto com o esclarecimento de todo o processo cirúrgico, bem como seu prognóstico (este esclarecimento feito de acordo com a equipe médica), abrangendo suas possibilidades futuras de readaptação social, profissional e familiar, contribuem para a diminuição da ansiedade".

A oportunidade dada ao paciente descrito de verbalizar a sua ansiedade permitiu que ele mesmo reestruturasse seus mecanismos de adaptação e convivesse com a tensão de forma racional. A necessidade de reforço foi atendida com a segunda visita ao paciente e a independência psicológica estimulada com a aceitação da não obrigatoriedade de permanência da pesquisadora no pós-operatório.

A compreensão da estrutura psicológica de uma pessoa que convive por muitos anos com restrições de toda ordem, e o esforço que esta pessoa deverá fazer para vencer esta estrutura e poder se beneficiar da cirurgia realizada são de grande valia para a intervenção de enfermagem. Os valvopatas, geralmente, são categorizados pelas enfermeiras como dependentes, não cooperativos, desanimados e depressivos no pós-operatório. A intervenção de enfermagem deve ser norteadada pela ajuda, procurando a independência física e psicológica do paciente. Para a completa recuperação social do indivíduo, esta ajuda deve estender-se por um período variável de seis meses a um ano e ser acompanhada pela equipe multiprofissional de saúde. No pós-operatório imediato, na UTI, podem-se detectar sinais de dificuldades de adaptação do paciente, que deverá ser assistido precocemente e acompanhado tardiamente.

Conforme a Tabela X, 14 pacientes dos grupos A e B referiram cirurgia cardíaca anterior; destes, 12 eram valvopatas e durante a coleta de dados do grupo B, três pacientes do grupo A foram reoperados; portanto, num período de um a três meses. O paciente com lesão valvar é informado no pré-operatório que a vida média da válvula implantada é em torno de dez anos, podendo variar para mais ou menos tempo.

Um destes pacientes, homem, com 35 anos de idade, diagnóstico médico de endocardite bacteriana, estava afastado há cinco meses do trabalho de representante de material hospitalar; era casado e, com quatro filhos menores, mostrava-se preocupado com a família. Com lesão valvular desde os 15 anos, deixou de tomar penicilina-G-benzatina mensal, aos 27 anos, tendo desenvolvido, então, endocardite bacteriana. Havia sido submetido a troca de válvula mitral cinco meses antes, quando foi afastado do trabalho. Na entrevista pré-operatória de sua segunda cirurgia, apresentava-se revoltado com a situação, pois esperava viver dez anos com a válvula e em mês e meio houve intenso crescimento bacteriano com lesão da prótese e desprendimento de uma placa que se alojou na artéria do braço esquerdo, sendo preciso retirá-la cirurgicamente. Estado geral debilitado, emagrecido (8 kg em um mês), icterício.

A orientação pré-operatória foi modificada, pedindo-se ao paciente que relatasse o que lembrava do pós-operatório para que fosse feita a complementação necessária, o paciente recordava-se com precisão de todos os fatos, mencionando que o que o incomodara era ter que abaixar a cama para medir pressão venosa central; lembrava-se de um rapaz que lhe dera banho e "me tratava como se eu fosse uma galinha que pudesse ser jogada para todos os lados; não gostaria de ser assistido por esta pessoa", tendo se sentido tratado como um ignorante mesmo conhecendo a terminologia médica. Durante a entrevista, o paciente estava acompanhado por dois colegas de trabalho; chorou várias vezes e sua sensação de impotência frente à situação vivenciada era nitidamente manifesta.

No pós-operatório imediato houve dificuldades respiratórias, com necessidade de uso de aparelho de respiração artificial à volume; permaneceu entubado por 29 horas na UTI, presença de três drenos torácicos, em que se utilizou bomba de autotransfusão. Ansioso enquanto entubado, comunicava-se por escrito com a equipe; as restrições de membros superiores foram retiradas após 12 horas na UTI, quando já estava consciente; em todo período manteve-se colaborador com a assistência. Durante a permanência na UTI, todos os procedimentos executados foram explicados ao paciente em linguagem científica e procurou-se estimular sua participação ativa. Recebeu alta da Terapia Intensiva após quatro dias de permanência.

Na entrevista pós-operatória, referiu que tudo incomodou, que UTI é uma agressão, e que ficou quatro dias sem dormir, com controles de hora em hora. Referiu quanto à orientação recebida, que as pessoas foram muito boas e conversaram muito com ele.

Em nosso meio, as lesões valvares são causadas predominantemente por febre reumática, uma doença inflamatória que ocorre após infecção estreptocócica na garganta, pelo estreptococo beta-hemolítico do Grupo A; sua incidência é alta, dada a desinformação da população em geral dos perigos de uma "dor de garganta" causada por estreptococo. Face a este desconhecimento, a terapêutica preventiva à base de penicilina-G-benzatina é abandonada quando desaparecem os sinais locais da infecção, ficando a pessoa sujeita a febre reumática e glomerulonefrite. Portanto, a terapêutica à base de penicilina não está voltada para os sinais da dor de garganta, mas para a prevenção de complicações.

Quando já houve um episódio de febre reumática com manifestações cardíacas, evitam-se novos surtos com a administração mensal da penicilina G-benzatina; como nesta fase não há quase sintomatologia clínica, freqüentemente há abandono de prevenção, conforme ocorreu com o paciente apresentado.

Dado o nível de conhecimento do paciente, este sabia que sua doença poderia ter sido evitada se obedecesse ao esquema preventivo da penicilina-G-benzatina. Portanto, via-se na posição de co-responsável pelos danos a si mesmo causados. BELAND<sup>(3)</sup> descreve como a sociedade americana percebe a pessoa doente e destaca que o doente é uma pessoa isenta de suas obrigações, não é responsável pela doença e é aceito socialmente quando aceita ajuda e tratamento; parece que esta visão do paciente tende a aliená-lo da situação vivenciada, visto que perde seu poder de decisão e fica à mercê das decisões da equipe que o assiste.

Objetivando fazer o paciente se sentir ativo e responsável quanto ao tratamento, todos os cuidados foram previamente explicados e, dentro das possibilidades do paciente, faziam-se as solicitações estimulando o autocuidado; por mínima que seja a participação ativa do paciente, esta tem que ser estimulada, enfatizando os progressos obtidos.

O aspecto da responsabilidade da doença apresenta várias conotações; quando se trata de doença evitável por vacinas, pode-se responsabilizar as instituições de saúde que falharam na cobertura da população ou então, responsabilizar a mãe por não ter procurado a vacina em tempo hábil; quando se trata de doença associada ao estilo de vida (trabalho, hábitos alimentares, tensão) pode-se culpar a sociedade ou o indivíduo que adoeceu devido a estas circunstâncias, mas uma coisa é certa, uma vez aceita a ajuda ou o tratamento, as responsabilidades em relação à origem da doença cessam e isto é mais verdadeiro quanto mais passivamente o paciente aceita o tratamento e quanto mais eficiente a instituição de saúde se mostra.

Vejamos o paciente aqui citado: na primeira cirurgia ele foi dócil, cordato com o tratamento, talvez por se sentir responsável pela doença; mas quando a cirurgia "não deu certo", portanto, a instituição falhou, sua reação emocional mudou para o ataque à instituição, ao tratamento, à equipe.



Observou-se, nesta fase, o distanciamento da equipe de enfermagem em relação ao paciente, provavelmente porque ele não estava desempenhando a contento o papel esperado e, sem dúvida, há necessidade de amadurecimento emocional do profissional para interpretar, aceitar e trabalhar as emoções do paciente. O profissional competente deve estar apto a agir com o paciente e não somente reagir.

Outro paciente que tomou-se como exemplo é do sexo masculino, 63 anos, com instrução universitária, diagnóstico médico de insuficiência coronariana, operado há dois anos, quando fez duas pontes de safena que obstruíram; o paciente afirma ter sido mal operado. Limitado no trabalho, relata insatisfações e irritação com seu superior hierárquico que lhe disse "você se aproveita da situação de doente cardíaco para fazer chantagem emocional com quem lhe quer bem"; isto o deprimiu muito porque sentia por parte desta pessoa um grande reconhecimento profissional. Vida familiar instável, separado da esposa e com um filho que o está acompanhando, pediu para que deixassem suas mãos amarradas porque poderia arrancar tudo, e para manter apoio sob a articulação do joelho esquerdo, pois não tinha mobilidade do membro. Mostrou-se participativo na orientação.

No pós-operatório apresentou hipotensão, abdomem distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, seguidos de flatulência; no 2º PO, fígado palpável com suspeita de pancreatite; feito exame laboratorial de amilase, no período da tarde apresentava sinais vitais estáveis, consciente, mas prostrado. No terceiro pós-operatório estava consciente, contactuando, agitado, nervoso, ansioso, confuso, não localizado no tempo; agressivo, com idéias de perseguição (diz que está fazendo exames desnecessários, que o estão enganando, que a instituição não presta); não reconhece as pessoas que o assistiram anteriormente. Durante a visita médica, ficou agitado, não aceitou o plantonista que o assistia e exigiu a presença do "chefe", no que foi atendido; queixou-se que estava abandonado porque

todos se preocupavam com outro "paciente importante". Foi-lhe explicada a necessidade de avaliação de exames laboratoriais e a possibilidade de alta ainda pela manhã. Apresentava gasometria alterada ( $PO_2$  baixa), potássio e hematócrito baixos também; feita correção com papa de hemácias e solução polarizante. Permaneceu agitado até o momento da alta da UTI e dizia que só fora transferido porque resolveu "apelar".

Na entrevista na Unidade de Internação, disse que tudo o incomodou na UTI; não lembrava nada das orientações pré-operatórias. Queixou-se de que foi mal cuidado, que todos estavam preocupados com outro paciente, que foi negligenciado. Referiu ter um irmão que não se comunica com ele, e que ali, naquele estado, não gostaria de vê-lo mesmo; seu filho, que estava perdendo dias de trabalho, não podia permanecer ao seu lado porque a enfermeira não deixava, isto era uma injustiça. Disse gostar de brincar com as pessoas de maneira ríspida e não ser compreendido. Sentia-se sozinho e sofrido pela "vida afora", era a segunda vez que passava por este martírio. A entrevistadora observou um paciente poliqueixoso, conversando sobre o seu estado e se estendendo em suas queixas.

Com os dados coletados na entrevista pré-operatória, pôde-se perceber o paciente muito ansioso, inseguro e solicitando a presença constante de pessoas à sua volta; apesar de permanecer ao seu lado, todo o tempo, uma pessoa de enfermagem, verificou-se que a necessidade de ser o centro das atenções persistia. O paciente ficara sabendo que no mesmo dia de sua cirurgia seria operado um político e por conta disto se sentiu relegado no tratamento.

Observou-se que no terceiro dia de UTI, o paciente apresentou desorientação no tempo e comportamento agressivo.

Conforme os dados da Tabela XVII, 120 pacientes permaneceram de 36 a 48 horas na UTI e 30 permaneceram mais de 48 horas. Ainda que não de maneira sistemática, observou-se que as alterações de comportamento são mais freqüentes naqueles com maior tempo de permanência na UTI e

vários fatores podem contribuir para isto, dentre eles, a necessidade de observação do paciente na UTI, as alterações do ciclo sono-vigília acarretadas pelo tratamento intensivo e que geram alterações de comportamento (HELTON<sup>(22)</sup>), o ambiente monótono que desorienta no tempo e no espaço, a maior gravidade do paciente, que o colocaria com maiores riscos para desenvolver lesões do sistema nervoso central (KIMBALL<sup>(30)</sup>). Segundo LEE<sup>(36)</sup>, as alterações de personalidade em pós-operatório de cirurgia cardíaca devem ser analisadas sob vários aspectos, destacando os hemodinâmicos e efeitos metabólicos, que devem ser comparados à avaliação pré-operatória; ele afirma que alterações das catecolaminas no pós-operatório imediato, modificam a personalidade de pessoas estáveis no pré-operatório, com manifestação de problemas no pós-operatório imediato. Não há associação de alterações da personalidade com o tempo de perfusão extracorpórea entre 28 a 110 minutos, mas tempos acima disso devem ser considerados como responsáveis pelas alterações encontradas; a deterioração da personalidade no pré-operatório, associada à hipoxemia ou acidose hipóxica no pós-operatório imediato, exacerbam os problemas de personalidade no pós-operatório.

LEE<sup>(37)</sup> ainda destaca que a personalidade ajustada no pré-operatório é um fator de proteção para a manifestação de alterações de comportamento, mas que o assunto deve ser mais estudado, pois as amostragens de pacientes considerados adaptados no pré-operatório são muito reduzidas.

Um paciente com alteração de comportamento só detectada no quinto dia de pós-operatório será descrito em seguida. A entrevistada no pré-operatório indentificou pessoa ativa no trabalho e no lar, acostumada a exercícios físicos intensos e regulares, com referência de dor na coluna lombar e com a preocupação de ter que permanecer acamada. O pós-operatório foi normal sob o aspecto clínico, mas o paciente sofreu fortes dores lombares e, mesmo com constantes mudanças de decúbito e uso de anal

gésicos não obteve alívio; queixava-se de dor na alta da UTI, mas estava satisfeito por poder se levantar.

Na entrevista pós-operatória, disse que nada o incomodou. Transcreve-se parte do relato da entrevistadora: "Paciente extremamente emotivo. Quando cheguei ao seu quarto estava debruçado na cama, dizendo que este era o único meio de descansar, pois sofria da coluna. Chorava bastante, dizendo que sempre se dizia uma pessoa auto-suficiente, que não precisava de ninguém, mas que agora via o quanto precisava dos outros; que por causa disso nunca mais voltaria a ter alegria e que se dedicaria a outros pacientes em outros hospitais, pois agora sabia se dar a outras pessoas. Pedia desculpas e perdão o tempo todo enquanto chorava; tentei distrair sua atenção para a entrevista, mas ele insistiu em falar sobre este assunto. Queria saber como pagar pelo atendimento; falou que nunca chorou assim e que não sabia o que estava acontecendo. No nosso parecer, o paciente estava em fase maníaco-depressiva, insistia a todo instante que sua felicidade não era justa e tinha que pagar por ela, nunca mais sendo feliz. Notifiquei a enfermeira".

Pelo acompanhamento pré-operatório e pós-operatório na UTI, nada fazia supor que este paciente viesse a apresentar este tipo de comportamento. É importante destacar que esta manifestação foi detectada durante a entrevista para a coleta de dados, pela aluna de graduação de enfermagem que encaminhou o paciente à enfermeira da Unidade e se comunicou conosco em seguida. Foi instituída terapêutica específica ao paciente, com acompanhamento da enfermeira, psicóloga e médico clínico.

A ocorrência de delírium pós-cardiotomia é relatada com frequência na literatura (BAXTER<sup>(2)</sup>, EGERTON<sup>(14)</sup>, KILPATRICK<sup>(29)</sup>, LAZARUS<sup>(35)</sup>, LEE<sup>(36,37)</sup>, RUBINSTEIN<sup>(49)</sup>, SADLER<sup>(50)</sup>, SURMAN<sup>(52)</sup>) e não há consenso quanto aos fatores desencadeantes, manifestações e tratamentos. As situações desencadeantes em estudo apontam fatores ambientais, físicos e de personalidade; entre os ambientais, são mencionados a privação sen-

sorial, os ruídos monótonos e constantes, ver outros pacientes mais graves, a privação do sono; os fatores físicos compreendem alterações neurológicas pela exposição à extracorpórea e aumento de catecolaminas pelo estresse cirúrgico; a personalidade do paciente também influi quando associada a medos, principalmente da situação de cardiectomia. As manifestações de delirium são mais freqüentes após o quinto dia da cirurgia e encontram-se desorientação no tempo e espaço, de identidade, não reconhecimento da família, ilusões perceptivas (auditivas, olfativas, visuais), alucinações e idéias paranóicas. Quanto ao tratamento as controvérsias são maiores, existindo, no entanto, unanimidade quanto à necessidade de apoio psicológico. SADLER<sup>(50)</sup> encontrou 72% de delírium em um grupo de 50 pacientes, com início no quinto dia de pós-operatório e duração média de dois dias; destaca a necessidade de avaliação sistematizada para identificar precocemente os primeiros sinais e propõe um roteiro para identificar sinais de delírium para aplicação pela enfermeira. RUBINSTEIN<sup>(49)</sup> enfatiza como os fatores predisponentes, as alterações psiquiátricas identificados já no pré-operatório, são significativos e permitem prever os pacientes que terão delírium.

A literatura é abundante, mas percebe-se que cada autor enfatiza a causa que conhece mais e justifica a sua terapêutica. LEE<sup>(36,37)</sup> faz uma análise estudando os efeitos da circulação extracorpórea sobre o comportamento, a personalidade e o funcionamento cerebral, porém, ainda assim, seus estudos não são conclusivos.

A morbidade e mortalidade é maior nos pacientes que apresentam delirium, sendo mais freqüente, neste grupo, os suicídios (LEE<sup>(36)</sup>, RUBINSTEIN<sup>(49)</sup>, SADLER<sup>(50)</sup>). Cabe à enfermagem conhecer as manifestações de delírium, seus desencadeantes e colaborar na busca de tratamento adequado.

SURMAN<sup>(52)</sup> instituiu acompanhamento psiquiátrico a um grupo de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, tendo obser

vado, no pós-operatório, que apenas um contato do psiquiatra não é suficiente para diminuir a incidência de delírium pós-cardiotomia, mas quando estes contatos são em maior número (não menciona quantos) a sua eficácia fica comprovada.

DUBIM<sup>(13)</sup> fez uma análise crítica dos trabalhos publicados a respeito de delírium pós-cardiotomia; analisou 77 artigos sobre o assunto e concluiu: " a literatura sobre delírium pós-cardiotomia contém definições confusas e resultados contraditórios... podemos concluir que a posição (status) de cardíaco, a severidade da doença, a complexidade dos procedimentos cirúrgicos e doenças orgânicas cerebrais no pré-operatório são fatores determinantes do delírium pós-cardiotomia. Ansiedade pré-operatória, negação e depressão também têm alguma correlação. Idade, sexo, tempo de extracorpórea e profilaxia psicológica no pré-operatório parecem não ter influência. A etiologia psicológica do delírio não está consistentemente provada. A influência terapêutica da intervenção pré-operatória para prevenir complicações psiquiátricas no pós-operatório termina equivocando-se com as implicações teóricas da deprivação sensorial na unidade de terapia intensiva. Estudos mais longos sugerem que os problemas psicológicos prejudicam os resultados funcionais dos pacientes operados do coração. As sugestões de tratamento para delírium pós-cardiotomia incluem quimioterapia, psicoterapia e suporte comportamental. Finalizando, sugerimos a investigação de anormalidades bioquímicas no delírium para clarear o papel dos neurotransmissores nas doenças psiquiátricas funcionais".

A literatura consultada não permitiu concluir quanto às causas do delírium pós-cardiotomia, mas deu destaque aos sinais para sua precoce identificação e sua repercussão para o paciente. Cabe à enfermeira estar alerta a estes sinais e testar métodos de intervenção eficientes.

O insuficiente coronário é uma pessoa, via de regra, acometida subitamente pela doença e apresenta algumas características pró-

prias. Vejamos a história deste senhor, com 53 anos, procedente de outro estado, nível universitário, com hipertensão controlada por drogas. Comia de tudo, com restrição de sal; tabagista, trabalho rentável, mas altamente estressante (sem rendimentos no momento); casado, cinco filhos (três menores), família ajustada, tinha receio de faltar para a família, tinha lazer e esportes regularmente, nunca esteve doente. Insuficiência coronária na identificada durante exame médico de rotina no clube onde praticava esportes, havia cinco dias; achava estranho ser operado, pois não se sentia doente; até a semana passada, considerava-se pessoa forte e saudável. Estava muito preocupado, apavorado com a necessidade de fazer cirurgia. Durante a orientação foi participativo, interessado, e ao término da entrevista, disse estar mais tranqüilo e seguro. O período pós-operatório transcorreu sem intercorrências e manteve-se sonolento a maior parte do tempo. Na entrevista pós-operatória disse que o incomodou a sonda vesical, que ardia, e a cânula de entubação, mas não era insuportável, já sabia que era só ficar calmo que seriam retiradas. Solicitado a dar opinião sobre a orientação, mencionou a pesquisadora e disse "ela foi simplesmente sensacional, me deu uma retrospectiva do que seria do começo ao fim; aconteceu exatamente como ela disse; foi a primeira pessoa a conversar comigo". O paciente citou 12 dos 18 itens de orientação, disse que ao despertar da anestesia percebeu a presença da pesquisadora, sendo por ela lembrado do local em que se encontrava e informado que a cirurgia havia transcorrido bem. "Não tive surpresas, foi tudo ótimo, lembro das pessoas que me cuidaram; gostaria de mandar um recado para a prof. Lorita vir me visitar".

A pesquisadora foi visitá-lo próximo à alta hospitalar, que ocorreu no oitavo dia de pós-operatório; sua recuperação era excelente. A doença, para este paciente, foi tão rápida que não possibilitou observar mudanças em seu comportamento, o que não significa que não haja necessidade de um acompanhamento a médio prazo (de seis meses a um ano) ;

esta preocupação se fundamenta em estudos que comprovam alterações tardias, inclusive com incidência de suicídios.

O paciente descrito, comentando a orientação que recebeu, expressou-se assim: "aconteceu exatamente como ela disse". KUHN<sup>(32)</sup> fez um relato de experiência com Grupo de Pacientes de Cirurgia Cardíaca em que as orientações eram feitas com grupos de pacientes em pré e pós-operatório; na avaliação de uma reunião, foi tratada "a dificuldade de conversar sobre os incômodos da cirurgia. Quando estes apareciam, tanto pacientes como membros da equipe tentaram desviar o assunto, mostrando fatos positivos. Isto determinou que alguns pacientes se negaram a comparecer às reuniões, alegando medo de assustar ou desanimar os companheiros com seus sentimentos frente à intervenção. Através das discussões da equipe, foi possível uma maior consciência da intolerância desta em ouvir as dores e reclamações. Esta conscientização tornou possível maior tranquilidade na aceitação dos sentimentos dos pacientes".

Não se pode negar que o pós-operatório é desagradável, doloroso e gerador de ansiedade, mas tem-se que encará-lo, tal qual ele é. Para os mais de 100 pacientes que foram orientados, primeiro analisou-se a capacidade da pessoa de reagir à orientação para depois iniciá-la, muitas vezes retomando um assunto ou reforçando outro, mas nunca minimizando a situação a ser vivenciada pelo paciente; a ajuda estava centrada em fornecer as diretrizes do tratamento intensivo e como seria auxiliado pela equipe para superar esta etapa.

Dentre os assuntos desagradáveis a serem abordados, um deles é o óbito. Durante a coleta de dados, houve seis pacientes que evoluíram a óbito, três do grupo A e outros três do grupo B. Estes pacientes foram entrevistados e orientados no pré-operatório e os três do grupo B foram assistidos na UTI pelas alunas, sob nossa supervisão.

Uma das pacientes que evoluiu para o óbito tinha 18 anos, era procedente de outro Estado, alfabetizada, com diagnóstico médico



de estenose mitral (febre reumática há três anos), trabalhava na lavoura, mas ultimamente não conseguia fazer nada, com dispnéia aos pequenos esforços; estava sozinha, porque a família não podia acompanhá-la; nada referiu quanto a lazer; fez cateterismo cardíaco, mas não soube relatar a experiência; primeira internação. Pouco comunicativa durante a entrevista, acredita-se que não tenha compreendido totalmente a orientação. No pós-operatório, houve dificuldade em se manter a pressão arterial, havendo indicação de monitorar o débito cardíaco e pressão capilar pulmonar; utilizadas drogas vasoativas (dopamina + noradrenalina + nitroprusiato); evoluiu com anúria no primeiro pós-operatório; até o segundo pós-operatório, manteve-se pressão arterial com drogas; persistiu anúria; respiração assistida por aparelho à pressão; manteve-se consciente e contactando com o ambiente, respondia às solicitações verbais através de movimentos de cabeça das mãos e dos olhos. Na tarde do 2º PO, apresentou período de agitação, expressão facial de angústia, tentativa de verbalizar (continuava entubada), logo em seguida teve severa hipotensão com perda de consciência. Não respondeu ao tratamento clínico; tentada cirurgia de urgência onde se encontrou coágulos no ventrículo esquerdo. A paciente evoluiu para o óbito na sala de cirurgia, onde houve, ainda, suspeita de trombose mesentérica.

A paciente mencionada estava sendo assistida por uma das alunas da pesquisadora, junto com uma enfermeira da instituição; dado o seu estado de gravidade e o grande número de ações a serem desempenhadas, a presença da autora foi constante ao lado da paciente.

A assistência de enfermagem em situações de risco iminente à vida do paciente, quando se lança mão de terapêuticas complexas que exigem segurança e presteza no seu manuseio, não pode ser uma desculpa para o afastamento humano do paciente.

A presença física e emocional de quem assiste, deve ser percebida pelo assistido como um fator de segurança, instrumental e

expressivo. O relacionamento humano enfermeira/paciente é mais proveitoso para ambos, quando iniciado em situação de tranqüilidade, para quando surgir uma situação de crise, uma troca de olhares ou um contato de mão seja percebido pelo paciente como um sentimento de ajuda, apoio e solidariedade.

A morte é um acontecimento freqüente em Unidade de Terapia Intensiva, mas nem por isso é encarada com naturalidade.

KUBLER-ROSS<sup>(33)</sup> diz que "hoje em dia morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano" e mais à frente, continua a autora, "Nossa capacidade de defesa será a razão desta abordagem cada vez mais mecânica, despersonalizada. O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar uma vez mais nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, nossa própria mortalidade?"

O ambiente da UTI, já muito comentado como gerador de tensões para o paciente não o é só para este, mas para todos que ali trabalham. Conversando sobre este assunto com um paciente, questionamos como havia percebido o ambiente e ele disse: "Como num campo de concentração onde eu era o prisioneiro e quem lá trabalhava, os carcereiros; tive pena deles porque eu saí em dois dias e eles estão lá trabalhando sabe-se lá há quanto tempo e quanto ainda ficarão".

Reconhece-se que são necessárias características físicas e emocionais específicas para desempenhar bem um trabalho em situação de estresse. São citadas como qualidades para trabalhar em UTI: qualificação técnica-profissional, rapidez de raciocínio, capacidade de tomar decisões, equilíbrio emocional, resistência física e psíquica a ten

sões (DRAIN<sup>(12)</sup>, FLÁVIO<sup>(18)</sup>, FOLK-LIGHTY<sup>(19)</sup>, GUINA<sup>(21)</sup>, WHIPPLE<sup>(58)</sup>).

O conhecimento, a qualificação técnico-científica, são mensuráveis objetivamente, mas o amadurecimento emocional nem sempre é. Constata-se freqüentemente que o não amadurecimento emocional é escondido atrás de um excelente desempenho técnico-científico.

A preocupação de promover o desenvolvimento harmônico de conhecimentos, habilidades e atitudes em nossos alunos levou-nos a rever alguns conceitos.

MOCAVERO<sup>(40)</sup>, estudando problemas psicológicos na terapia intensiva, propõe uma linha de raciocínio para compreensão dos problemas da equipe de saúde. O autor acredita que o paciente "amadurece espontaneamente a convicção de que sua vida está em função direta, além dos aparelhos, e acima de tudo, da capacidade técnica, de diagnóstico e tratamento da equipe". Isto gera um relacionamento de confiança paciente-médico (ou equipe) que vincula as pessoas, responsabilizando-as ao máximo. Quando isto ocorre com pacientes conscientes, com os quais se fez um laço afetivo e o paciente evolui para óbito, provoca tensões, angústias e, nos menos preparados, complexo de culpa. O mesmo autor propõe um modelo de inter-relacionamento com o paciente, dividido em três fases: a primeira é a fase do apelo humano em que o paciente manifesta sua necessidade (preciso de ti) e a resposta do profissional é emotiva (eis-me aqui); na segunda fase é a hora do distanciamento, da objetividade: o paciente se distancia (ele deve saber) e o profissional também (é um caso); a terceira fase é a da personalização para o paciente (ele me compreende e me ajudará) e para o profissional (ele sofre, eu posso ajudá-lo). Segundo MOCAVERO<sup>(40)</sup>, na terapia intensiva só ocorre a fase da objetividade, praticamente não havendo relacionamento emotivo e colocando os funcionários da saúde numa situação de solidão. A ausência de relacionamento com o paciente faz com que as decisões quanto ao seu tratamento fiquem centralizadas nos profissionais da saúde, o que gera uma espécie de "cansaço crônico" da equipe.

Dada a situação de pós-operatório em que se encontra o paciente, a assistência na UTI tem início já na segunda fase, a da objetividade. Para evitar este inconveniente, iniciamos o relacionamento no pré-operatório, criando assim, a fase do apelo humano e a personalização se completa com a entrevista no pós-operatório. Este modelo de relacionamento interpessoal mostrou-se válido para a situação em estudo, apesar de não concordarmos com a divisão proposta de maneira estanque e entendemos que mesmo em situação de UTI, circunstancialmente, pode-se aplicar as três fases.

Destacamos que o relacionamento iniciado no pré-operatório vem carregado de emoção e este sentimento se prolonga durante o atendimento ao paciente na UTI, apesar da fase de objetividade e, quando sucede um óbito entre estes pacientes, a sensação de perda do profissional da saúde é muito grande. Acreditamos que para se proteger deste sofrimento, as pessoas preferem não criar o relacionamento pessoal, mas com esta atitude privam-se de uma vivência enriquecedora e gratificante.

Resumindo, estas três etapas devem ser consideradas no relacionamento interpessoal na UTI, pois o desgaste emocional ocorrido nas duas primeiras é amplamente compensado quando conversamos com o paciente no pós-operatório, na Unidade de Internação.

Acreditando na viabilidade da interação iniciada no pré-operatório, procurou-se relatar com detalhes as reações do paciente nesta entrevista com as alunas e, muitas vezes, comentários destas, que se sentiam como se já conhecessem o paciente ao admiti-lo na UTI, embora fosse seu primeiro contato direto.

Os resultados da entrevista pós-operatória eram dados a conhecer à aluna, que assim ficava sabendo o que incomodava o paciente e porque. A possibilidade de recuperar o relacionamento iniciado no pré-operatório e de avaliar a percepção do paciente quanto à UTI é uma maneira de gratificar as pessoas envolvidas na assistência intensiva.

Freqüentemente as alunas faziam perguntas sobre os pacientes por elas assistidos quanto à cicatrização cirúrgica, reação à visita da família, aceitação da dieta, segurança emocional e outros. Curiosamente, apenas uma vez uma aluna quis ir visitar um paciente em pós-operatório na Unidade de Internação, quando, desde o início das atividades de estágio, esta visita era estimulada e permitida.

Estudando as competências mínimas do enfermeiro no pós operatório imediato de cirurgia cardíaca, PACHECO<sup>[43]</sup> observou que "a minoría dos enfermeiros concorda que a avaliação do paciente, no pré-operatório, seja feita pelo mesmo enfermeiro que o assistirá no pós-operatório", apesar de estar registrado na literatura a valorização deste contato no pré-operatório.

Apesar dos esforços para criar um novo comportamento, isto é, que a enfermeira de UTI visitasse o paciente no pré e pós-operatório, e a pesquisadora ter procurado ser modelo neste proceder, o comportamento seguido pelas alunas foi o tradicional, isto é, a enfermeira da UTI fechada na UTI.

As explicações que pode-se tentar são: a professora fazia suas visitas fora do horário de estágio, portanto, com maior número de horas de atividades; o plantão na UTI tinha um horário rigidamente estabelecido para ser recebido e entregue; o uso de roupas privativas da UTI com as quais não se pode circular pelo hospital obriga à troca completa de roupa a cada entrada ou saída da unidade; o compromisso das alunas com a instituição, de receber pacientes no início do plantão, prestar toda a assistência de enfermagem e devolver o plantão no horário estabelecido. Feitas estas colocações, concluiu-se que durante as atividades programadas para o estágio era inviável que a aluna se ausentasse da UTI para fazer visitas pré e pós-operatórias; a alternativa viável seria fazer a visita antes ou após o período de estágio, portanto, atividade extra e não obrigatória.

Convém lembrar que na instituição onde foi feito o estágio, as enfermeiras da UTI não fazem visitas aos pacientes nas Unidades de Internação e a expectativa é a de que permaneçam na UTI. A introdução de um comportamento novo em uma situação em que não se ofereceu um tempo para isto, durante o próprio período de estágio, se torna particularmente difícil quando sabemos que a disciplina é do último semestre do curso e a maioria absoluta das alunas já está empregada e as que não estão, procuram emprego. Esperar que, espontaneamente, as alunas aumentassem suas cargas horárias foi uma expectativa muito grande para pessoas com uma média de 12 horas de atividade por dia.

A segunda etapa dos dados coletados no período pós-operatório é o estudo dos problemas manifestos pelos pacientes. Para sua análise escolheu-se o teste do quiquadrado para demonstrar a existência ou não de dependência desta manifestação entre os três grupos experimentais estudados e ainda entre os grupos experimentais e o controle.

A expectativa era reduzir ou minimizar a manifestação de determinados problemas nos grupos estudados. Obviamente não se esperava uma redução maciça de manifestação de problemas, pois, conhecendo como se conhece o período pós-operatório de cirurgia cardíaca, seria fantasioso esperar que o paciente não se sentisse incomodado.

Alguns problemas manifestos foram modificados, mas não o bastante para demonstrar a independência deles nos diferentes grupos; quando isto ocorreu, os dados foram destacados avaliando-se quanto à percentagem.

A primeira análise dos dados (Tabela XX e XXI), quanto à manifestação ou não de problemas pelos pacientes, demonstrou não haver significância entre os grupos experimentais e entre estes e o controle. Houve uma pequena diminuição de manifestação de problemas para o grupo experimental (80%) comparando-se com o controle (84,62%).

Na comparação dos três grupos experimentais, o grupo B (assistido pelas alunas na UTI) foi o que apresentou menor incidência de problemas manifestos (72,00%), ficando o grupo C em segundo lugar (80,00%) e em último o grupo A (88,00%).

Pode-se pensar que a intervenção de enfermagem realizada com o grupo B, tendo sido levadas em conta as informações coletadas através do Histórico de Enfermagem, que permite um melhor conhecimento dos antecedentes, experiências e expectativas do paciente, seja responsável por estes resultados.

Soma-se a este fator, o conhecimento dos resultados da pesquisa anteriormente realizada por PAGLIUCA<sup>(44)</sup>, por parte das alunas que planejavam e executavam a assistência. Nesse trabalho, indentificou-se a manifestação de problemas no grupo controle, que foram discutidos com as alunas, assim como as formas de intervenção de enfermagem. Portanto, as alunas já conheciam o que poderia incomodar o paciente e as alternativas de terapêutica de enfermagem para se evitar ou diminuir estes problemas.

Quando constata-se que o grupo C apresentou incidência menor de problemas comparada à do grupo A, porém maior do que a do grupo B, pode-se pensar que as intervenções de enfermagem que foram propostas durante a assistência ao grupo B foram assimiladas pela equipe de enfermagem da instituição, diminuindo, assim, a manifestação de problemas em relação ao grupo A; os melhores resultados, obtidos com o grupo B, podem ser atribuídos também ao uso do Histórico de Enfermagem específico para UTI.

Dentre os problemas manifestos pelos pacientes, a Cânula de Entubação foi o mais citado. Conforme a Tabela XXII, 48 pacientes mencionaram, como o que mais os incomodou durante o período que permaneceram na UTI, a presença da cânula de entubação. É interessante notar que não houve mudança significativa na manifestação deste problema entre o grupo Controle (32,69%) e o Experimental (32,00%), conforme Tabela XXIII.

Acredita-se que a presença da cânula de entubação se torna mais desagradável com o término dos efeitos anestésicos, quando se recuperam os reflexos tráqueo-brônquicos, principalmente os da tosse, vômitos e de deglutição. Na tentativa de provar esta crença, foi verificado o Tempo de Entubação Orotraqueal na Tabela XVIII, nos grupos experimentais. Encontrou-se que o grupo C apresentou menor tempo de permanência com a cânula (18 pacientes com 8 a 12 horas) e a menor referência de problemas (13 pacientes). O grupo B apresentou a maior incidência de tempo de entubação (17 pacientes com mais de 20 horas) e ficou numa posição intermediária de manifestação deste problema (16 pacientes); e o grupo A situou-se na fase intermediária quanto ao tempo de entubação (13 a 16 horas com 21 pacientes) e a maior referência de problemas (19 pacientes). Apesar desta análise não ser conclusiva, pode-se pensar que a menor incidência de manifestação do problema "Cânula de Entubação" no grupo C deveu-se ao menor tempo de permanência com a cânula, e o grupo B provavelmente mencionou menos este problema, pela assistência recebida da pesquisadora e alunas, na UTI.

Não se pode afirmar que o tempo de entubação, por si só, determine ou não a manifestação do problema Cânula de Entubação, pois são muitos os fatores associados e a assistência de Enfermagem tem que ser lembrada como uma variável importante.

Acreditava-se, antes de iniciar este trabalho, que somente a orientação pré-operatória não seria suficiente para solucionar esta problemática. Não poder-se-ia pretender, com a orientação, obter resultados como se a causa do incômodo houvesse sido removida; o que se esperava e foi alcançado, é que houvesse maior adaptação do paciente à situação, infelizmente inevitável, por enquanto, para este tipo de pós-operatório.

Outra preocupação, foi saber como, por que, de que forma a situação apontada como problema pelo paciente o incomodou. Quanto



ao fator Cãnula de Entubaçãõ, conforme a Tabela XXXVI, o não poder falar foi apontado por nove pacientes, sendo três de cada grupo experimental. Percebeu-se que apesar do paciente saber previamente que ficaria entubado e, portanto, sem falar, receber papel e lápis para escrever tão logo tivesse condições e de se estar atentos para identificar as necessidades dos pacientes, ainda assim a impossibilidade da comunicação verbal esteve presente como um problema para o paciente.

CARNEIRO<sup>(5)</sup>, em estudo da comunicação enfermeiro/paciente na UTI, concluiu que: "omissão ou falhas na comunicação do pessoal de enfermagem, constituiu-se em uma fonte de ansiedade, solidão, medo e depressão dos pacientes"; observando o tipo de comunicação entre a equipe de enfermagem e o paciente essa autora diz que "se caracterizou como curta e breve, com mensagens unilaterais, geralmente em torno da doença ou do tratamento, raramente tendendo a um diálogo ou conversa mais amena". No estudo citado, a comunicação foi analisada em pacientes em condições de conversar; os pacientes do presente estudo queixaram-se de não poder falar enquanto permaneceram entubados.

Durante o tempo em que o paciente está entubado, a enfermeira estabelece canais de comunicação, utilizando os sentidos que estão íntegros e aptos para reagir. O paciente ouve e responde com movimentos de cabeça, dos olhos e das mãos; escreve quando se remove a restrição dos membros superiores; expressa com o olhar sensação de medo, angústia, dor e também compreensão, carinho e atenção. Saber identificar os sinais emitidos pelo paciente, interpretar corretamente a mensagem por ele transmitida, permite à enfermeira estabelecer uma comunicação eficiente e iniciar um "diálogo", verbal ou não.

Como proporcionar "diálogo" ou conversa mais amena" com uma pessoa da qual não se conhece nada além do diagnóstico médico? Considera-se de grande valia o "raport" estabelecido com o paciente na primeira entrevista, no pré-operatório. Os pacientes deste estudo, quando

na UTI, reagindo aos efeitos anestésicos e voltando à consciência, ao reconhecer a pesquisadora, demonstravam alegria e maior disposição para colaborar com o tratamento.

CARNEIRO<sup>(5)</sup> também observou em hospitais em que coletou os dados para sua pesquisa que, onde a visita pré-operatória é realizada pela equipe de enfermagem como rotina e, em outros, onde os pacientes passam por uma unidade intermediária anexa à UTI durante o período pré-operatório em que recebem orientação e conhecem a UTI, a ansiedade dos pacientes é menor.

Quanto à manifestação de problemas relativos ao Ambiente, não houve significância entre os grupos experimentais, mas quando estes foram comparados com o grupo controle houve significância, sendo muito maior a manifestação deste problema no último grupo citado (Tabela XXV).

Existe unanimidade entre os autores consultados em relação às características do ambiente da UTI. MOCAVERO<sup>(40)</sup> diz: "as unidades de terapia intensiva são constituídas, de costume, de um local amplo com leitos isolados por paredes de vidro apropriadas ou por box. Cada leito está equipado com aparelhagem de controle e socorro: monitores, respiradores automáticos, tubos de oxigênio, desfibriladores, aparelhos de scopia". Este autor pesquisou a lembrança deixada pela UTI em um grupo de pacientes; quanto ao ambiente foram citados: a presença de doentes graves, a promiscuidade, presença constante de médicos e enfermeiros, desorientação no tempo, luz acesa, ruído de monitores e respiradores. Dez pacientes internados em Unidade Coronariana descreveram como período de apatia e sono e perceberam positivamente a presença de companheiros.

Ao descrever as características físicas do ambiente de UTI, CARNEIRO<sup>(5)</sup> comenta "tal disposição... necessária à observação e ao rápido desempenho das atividades... não oferece privacidade aos pacientes... e pode ser percebida pelo paciente leigo com maior intensidade de agres\_

são e violência". Diz também que "o dia e a noite fundem-se com a utilização de luz artificial, a temperatura pode tornar-se fria para os pacientes, dificultando-lhes o repouso e o sono". "Os ruídos e conversas... a ausência de estímulos visuais..., os instrumentos e equipamentos... vêm somar-se aos fatores que fazem da UTI um ambiente desconhecido e apreensível".

Como parte do ambiente da UTI deve-se lembrar das pessoas que nele trabalham; menciona-se sempre que são pessoas altamente qualificadas; CARNEIRO<sup>(5)</sup> destaca que os "enfermeiros, ao assumirem a responsabilidade que lhes é atribuída ... voltam-se cada vez mais para os aspectos instrumentais, preocupando-se principalmente em desenvolver atitudes orientadas para o aproveitamento das facilidades técnicas que lhes são oferecidas".

Sintetizando esta situação, CARNEIRO<sup>(5)</sup> diz que "A UTI é, pois, um ambiente de tensão e agressividade no qual os pacientes permanecem enquanto recebem cuidados que visam recuperar sua saúde. São confinados em um espaço físico restrito, alterados os seus hábitos, afastados de seus familiares, o que pode levá-los à solidão na qual se debatem com o medo decorrente do constante risco de vida, dos procedimentos peculiares, do ambiente e das máquinas que não lhes são familiares. A insegurança é freqüente entre os pacientes por estarem entre pessoas que não conhecem, ignorando freqüentemente o que se passa com eles e os tratamentos a que serão submetidos. A dependência da enfermagem para atender suas necessidades básicas e a falta de elementos que os ajudem a combater o medo da morte e de tudo que desconhecem, assim como a insegurança num local onde nada lhes é familiar, evidenciam sua impotência em dominar a situação, levando-os, às vezes, à irritação, ansiedade e depressão".

Os quatro pacientes dos grupos experimentais que mencionaram o ambiente da UTI como problema, disseram que a causa do mesmo era o barulho que não permitia que dormissem. No grupo controle, onde 17

apontaram o problema ambiente, dez foram por não permitir descansar e dormir; quatro porque o ambiente coletivo lhes permitia ver o tratamento dado aos outros; dois disseram que o ambiente dava sensação de falta de respeito e um sentia-se nervoso com o ambiente.

Percebe-se, de imediato, que houve uma redução significativa da manifestação destes problemas nos grupos experimentais, o que é confirmado na Tabela XXV. Pode-se afirmar que não houve mudança do ambiente físico entre um grupo e outro; apesar da coleta ter se processado em campos diferentes, as características ambientais foram semelhantes. Acredita-se que a modificação havida entre um grupo e outro se deve a dois fatores: a orientação pré-operatória e o comportamento da equipe de enfermagem na UTI.

A orientação pré-operatória minimizou o medo do desconhecido, tantas vezes apontado como responsável por desajustamentos pessoais e também por interpretação incorreta do ambiente, pois se a pessoa não conhece o código (aparelhos, equipamentos) não interpreta corretamente a mensagem (a assistência).

A equipe de enfermagem foi esclarecida quanto à percepção que o paciente tem do ambiente da UTI cirúrgica e foram propostos comportamentos por parte da enfermagem que não permitissem estas percepções. Enfatizou-se a importância de evitar ruídos desnecessários, evitar expor o paciente a assistir procedimentos agressivos, respeitar a intimidade dos mesmos.

O incômodo mais freqüente causado pelo ambiente é a privação do sono. HELTON<sup>(22)</sup> analisou a correlação entre privação de sono e a "síndrome de UTI" conceituada como alterações do estado mental em indivíduos previamente lúcidos, quando os mesmos eram submetidos a um ambiente de UTI. A análise da síndrome de UTI foi feita em três grupos distintos; os pacientes do terceiro grupo "seriamente privado de sono" apresentaram um índice de alteração mental de 33%, enquanto que nos outros dois

grupos, com sono moderadamente privado e não privação de sono, este índice de alteração mental permaneceu em 11%.

HELTON<sup>(22)</sup> fazia a avaliação do estado mental medindo a orientação da pessoa quanto a tempo e lugar, observação de comportamentos anormais tais como alucinações, paranóias e ilusões. Para formar os três grupos, as enfermeiras registravam toda interrupção de sono do paciente; ao término de 24 horas era calculado quantos ciclos de 75 minutos o paciente havia atingido; para calcular o grau de privação de sono foi feita a comparação com as horas de sono normais da pessoa para então classificá-la.

Na assistência de enfermagem prestada pelas alunas ao segundo grupo experimental, a necessidade básica de Sono e Repouso, conforme Tabela XI, foi considerada afetada em 37 pacientes no pós-operatório imediato, e na totalidade do grupo, no 1º e 2º pós-operatório. As ações de enfermagem propostas para assistir esta necessidade foram de su p er v i s i o (90 vezes), ajuda (35 vezes) orientação (11 vezes) e uma vez de fazer (administrando medicamento).

Conhecer as conseqüências da privação do sono para o paciente em pós-operatório, na UTI, foi um elemento motivador para melhorar a assistência a esta necessidade. Notou-se que a atenção dispensada pelas alunas foi tão proveitosa que sequer um paciente do grupo B citou este problema. (Tabela XXV) e no grupo seguinte, assistido pela equipe de enfermagem da instituição, apenas um paciente teve dificuldades para dormir devido ao barulho; provavelmente houve assimilação por parte da equipe, da importância de permitir o sono aos pacientes.

Usou-se como elemento motivador para a aluna, a leitura do artigo de HELTON<sup>(22)</sup>, após tradução para o português; este artigo descreve as alterações mentais observadas em pacientes privados de so no e propõe que se respeitem ciclos de 75 minutos de sono para evitar al-

terações. O estudo da fisiologia do sono permitiu, também, determinar qual o melhor momento para despertar o paciente, e aguçou a observação para identificar os períodos "com rápidos movimentos dos olhos e sem movimento dos olhos".

Protelar por poucos minutos um controle que exige que se mobilize o paciente, quando outros parâmetros estão continuamente monitorados e o estado geral do paciente está estável, não nos parece ser prejudicial ao paciente. Muito mais prejudicial são as freqüentes interrupções do sono que, conforme já citado, trazem alterações mentais às quais se somam as físicas (estresse hormonal, diminuição do crescimento celular com prejuízo para a cicatrização, alterações do ritmo cardíaco).

KEEP<sup>(28)</sup> estudou a incidência de problemas mentais em dois grupos de pacientes, um assistido em UTI com janelas e outro em unidade sem janelas. O grupo assistido em unidades sem janelas apresentou o dobro de alterações mentais comparado com o primeiro grupo (48,3% nos pacientes sem janelas e 23,6% nos da UTI com janelas). Estes achados justificaram a desativação da unidade sem janelas.

A atuação da pesquisadora no presente estudo não permitiu este tipo de solução, visto que as duas unidades (do grupo controle e do experimental) não tinham janelas e assim continuam funcionando. A intervenção, nessa circunstância se constituiu em orientar ou explicar ao paciente, ainda no pré-operatório, o tipo de ambiente que encontraria no pós-operatório e qual o seu significado; reforçar estas explicações durante o período de permanência na UTI, evitar agressões do ambiente, tais como ruídos, e não expor o paciente a cenas desagradáveis; fornecer constantemente informações que orientassem o paciente no tempo e no espaço, tais como associar a alimentação com seus horários normais, e informar as horas regularmente.

Na impossibilidade de mudanças físicas do ambiente optou-se por promover a adaptação do paciente ao ambiente, via adaptação de

relacionamento interpessoal, ORLANDO<sup>(41)</sup>. É bom lembrar que pacientes do grupo controle, que citaram o ambiente como problema, o relacionaram com falta de respeito por parte da equipe de saúde.

Esta conduta terapêutica, valorizando o relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem com o paciente, foi iniciada na formação das atitudes dos alunos como objetivo a ser atingido na disciplina Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos, e acredita-se que extrapolou o campo das alunas, sendo assimilada pela equipe da instituição, visto que, no último grupo de pacientes, já sem intervenção das alunas na UTI, apenas um paciente se queixou do ambiente. Não se conseguiu mudar o ambiente físico, mas as pessoas mudaram de atitude.

É importante também que se ressalte o tempo de permanência na UTI nos diferentes grupos. Observando a Tabela XVII, verifica-se que nos grupos A e C predominou o menor tempo de permanência na Unidade (36 a 48 horas para 42 pacientes de cada grupo); já no grupo B, 11 pacientes permaneceram mais de 60 horas na UTI. Poderia ser pensado que quanto mais longo o tempo de permanência, maior seria a manifestação de problemas relativos a ambiente. No entanto, nenhum paciente do grupo B (maior tempo de permanência) manifestou este tipo de problema. Os outros quatro pacientes que referiram problemas de ambiente (três do A e um do C) apresentaram tempo de permanência na UTI variando de 41 a 47 horas e 30 minutos.

CARNEIRO<sup>(5)</sup>, ao estudar a comunicação enfermeiro/paciente na UTI, encontrou que "a percepção dos pacientes quanto aos aparelhos e ambiente na UTI, permite inferir que, embora desconfortáveis e incômodos (56,9%), os aparelhos proporcionam segurança (45,1%) e confiança (13,7%) e que, possivelmente, se a curiosidade dos pacientes sobre eles (49,0%) fosse satisfeita, diminuiria a apreensão com o risco de vida (41,2%) e o medo (33,3%)".

A autora citada destaca a comunicação efetiva como terapêutica para prevenção de problemas do paciente e cita NOBLE que "em pes

quisa realizada nos Estados Unidos da América, concluiu que a principal responsável pelos distúrbios emocionais apresentados por pacientes na UTI estudada, foi a comunicação dos membros da equipe de saúde, destacando ainda a que se desenvolveu entre eles superando os estímulos provenientes de aparelhos, luzes, tratamentos dolorosos, proximidade entre pacientes, como elementos que contribuíram para a "síndrome ou psicose de terapia intensiva".

Acredita-se que a comunicação iniciada no pré-operatório tenha efetivamente contribuído para a superação de muitos problemas decorrentes do ambiente da UTI e, desta forma deve ser estimulada e aprimorada, o que não impede que sejam revistos determinados critérios ou normas adotados nas "unidades fechadas", tais como ausência de janelas, proibição de visitas, ruídos, monotonia, ausência de estímulos sensoriais agradáveis.

A assistência respiratória, terceiro problema em ordem decrescente citado pelos pacientes dos grupos controle e experimental, não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos, mas houve uma pequena diferença percentual de 15,38% para o controle e 20,00% para o experimental.

É interessante destacar-se que no hospital em que se processou a coleta de dados do grupo experimental, a assistência respiratória é desenvolvida por fisioterapeutas, sendo sua a responsabilidade de regular o respirador artificial, aspirar o paciente, fazer tapotagem, exercícios com vibrador e com aparelhos à pressão positiva. A enfermagem cabe detectar sinais de incompatibilidade com o respirador, avaliar os resultados de gasometria, aspirar secreções; considera-se como função importante da enfermagem, quanto à assistência respiratória, promover a adaptação psicológica do paciente à cânula de entubação e ao respirador artificial quando o efeito anestésico estiver terminado.



Dada a complexidade da assistência respiratória e a sua importância na prevenção de complicações pós-operatórias, a assistência é compartilhada pela equipe multiprofissional com a participação do médico, da enfermeira e da fisioterapeuta.

Os pacientes referiram que a assistência respiratória incomodava porque causava dor (24 pacientes do grupo experimental e 11 do controle) e também porque se sentiam cansados, sem condições físicas de realizar os exercícios.

Os pacientes foram orientados no pré-operatório quanto à assistência respiratória e pode-se verificar, na Tabela XLIV, que a orientação mais lembrada no pós-operatório foi a referente a este item (116 pacientes). Questiona-se a eficácia da orientação para este tipo de problema, visto que não houve diminuição da manifestação do problema. Novamente é necessário afirmar que não se esperava eliminar todos os problemas com a orientação, mas esperava-se melhores resultados.

Sugere-se que seja tentado, em estudos futuros, o efeito do treinamento do paciente no pré-operatório para os exercícios respiratórios e a manifestação deste problema. Um programa de treinamento pode ser tentado, onde o paciente execute exercícios com respirador à pressão através de máscara, aprenda a tossir corretamente e lhe sejam aplicados o vibrador e a tapotagem.

Os pacientes no pós-operatório, permanecem em decúbito dorsal, em posição de semi-fowler e têm sua mobilidade restringida pela presença de drenos torácicos, sonda vesical, cateteres arterial e venoso, além da mobilização ser dolorosa devido à presença das incisões cirúrgicas.

O grupo controle apresentou uma incidência significativamente maior de problemas de decúbito (6,73%) do que o grupo experimental (1,33%). Percebemos que houve uma mudança no tratamento do paciente, sendo este estimulado a se movimentar precocemente e sempre que possível sem ajuda de outrem; para isto, fica ao seu alcance uma atadura de crepe presa

aos pés do leito que lhe possibilita a movimentação com a ajuda dos membros superiores.

A queixa quanto ao decúbito dorsal se refere às dores provocadas nas costas, devido à posição no leito, e à cama, que é muito estreita e dificulta a mudança de decúbito.

Os dois pacientes do grupo B, que se queixaram do decúbito, na UTI, apresentavam antecedentes de problemas na coluna identificados no Histórico de Enfermagem Pré-Operatório. A atenção de enfermagem para estes pacientes foi redobrada neste aspecto, com mudanças freqüentes de decúbito, uso de coxim, massagem da região dolorosa e uso de medicamentos, porém estes cuidados não solucionaram o incômodo do paciente.

Quanto à manifestação do problema "dor", os dados não são analisáveis entre os grupos experimentais, dada a baixa freqüência. Destacam-se que o grupo B apresentou 4,00%, o C 8,00% e o A 10,00%. No total, o Grupo Controle apresentou 3,85% e o Experimental 7,33%. Apesar do aumento no segundo grupo, os dados não foram significantes.

Estas freqüências baixas para o problema dor não podem ser analisadas isoladamente. A dor aparece inúmeras outras vezes associada à cânula de entubação, exercícios respiratórios, decúbito dorsal e outros. Aqui foram computadas aquelas manifestações da dor como o que mais incomodou o paciente sem que ele identificasse sua causa ou origem.

O teste de Fisher não demonstrou haver significância entre os grupos Controle (2,88%) e Experimental (1,33%) quanto a queixas sobre a enfermagem. Nos grupos Experimentais, dois pacientes do grupo C disseram que foram manipulados de forma grosseira durante o banho no leito, que a pessoa que prestou o cuidado estava irritada e indelicada. Este fato foi levado ao conhecimento da enfermeira da UTI para suas providências.

As manifestações de problemas com menor freqüência foram agrupadas sob a denominação de Outros e, conforme se esperava foi sig

nificativamente maior no grupo Experimental (15,33%), visto que o grupo Controle (6,73%) foi o que serviu de base para esta classificação e esperava-se o aparecimento de outros problemas não identificados anteriormente.

Dentre os problemas novos, destaca-se "sentir sede" com a frequência 10 no grupo Experimental e não citado no Controle. Esta manifestação da sede é decorrente da mudança de conduta médica no equilíbrio hidroeletrólítico do paciente; anteriormente, o paciente era mantido com um nível de hidratação controlado pela frequência cardíaca estável, pressão arterial média em torno de 100 mmHg e pressão venosa central em torno de +8 mmH<sub>2</sub>O. Agora se acredita que este nível de hidratação pode induzir uma sobrecarga cardíaca e pacientes submetidos a revascularização de miocárdio estariam mais sujeitos a rompimento das pontes. Graças a isto, os pacientes são, via de regra, mantidos sub-hidratados, com controle da frequência cardíaca, pressão arterial média em torno de 80 mmHg e pressão venosa central em aproximadamente +4 a +6 mmH<sub>2</sub>O. Nesta situação, o paciente fica com o centro nervoso da sede ativado, as mucosas levemente ressecadas e requerem por parte da enfermagem, que os lábios sejam frequentemente umidificados e lubrificados.

Chamamos ainda atenção para a Tabela XXXVI, sobre o problema Cânula de Entubação, onde sete pacientes mencionaram como causa do desconforto "Sentir sede"; somando-se estes dados, foram 17 pacientes do grupo Experimental que referiram sede.

Apesar de ter sido citada, durante a discussão, em vários momentos, a participação das alunas de enfermagem da Habilitação sentimos que muito ainda há a ser dito.

O presente trabalho foi centrado na assistência ao paciente, procurando solucionar ou minimizar seus problemas; o método adotado foi a orientação pré-operatória e a assistência sistematizada na UTI,

sendo que esta última, no entender da pesquisadora, encontraria sentido com a participação da aluna. Desta maneira, pensou-se também no desempenho do duplo papel da pesquisadora: enfermeira-professora.

O papel de enfermeira, crê-se ter sido explorado até aqui, falta falar da professora e das alunas.

Encontrou-se na aluna que se inicia em Terapia Intensiva, um fascínio que se transforma em deslumbramento pela tecnologia aí empregada. Este estado de espírito é encontrado também em muitos profissionais, mesmo de longa carreira. Acredita-se que isto se deva ao excessivo valor atribuído à tecnologia e à expectativa que a instituição, o médico, a colega e o próprio paciente têm quanto ao desempenho técnico-científico da enfermeira que trabalha em UTI.

Este bom desempenho técnico-científico é imprescindível que seja atingido para garantir a sobrevivência do paciente num momento particularmente crítico do seu ciclo saúde-doença; por outro lado, a UTI proporciona experiências muito ricas para a análise de problemas éticos, deontológicos e para a elaboração de uma filosofia de vida e profissional.

Sente-se que assoberba o aluno de atividades técnico-científicas o tem afastado do crescimento humanístico; o ensino concentrado no "fazer coisas" tem nos dado o aluno que sabe fazer, mas não aprendeu a pensar filosoficamente no que faz. Tem-se que achar o tempo do fazer e o tempo do pensar.

TESCK<sup>(53)</sup> identificou inadequação do treinamento prévio de enfermeiros que atuam em UTI, principalmente "na ausência do tratamento de temas relevantes ao suporte das perdas, da morte, da iminência da morte, da dialética do nascer e morrer e outros com que se defrontam diariamente os enfermeiros pela convivência com as situações dos pacientes e seus respectivos familiares."

"Esta inadequação do preparo do enfermeiro para viver situações de crise é responsável pela geração de estresse, principal mente no relacionamento enfermeiro/paciente/família, e a falta de preparo faz com que o enfermeiro não disponha de instrumental tecnológico para alívio do estresse" TESCK<sup>(53)</sup>.

A compreensão pelo aluno do seu papel como futuro pro fissional, quando deverá participar de importantes decisões que envolvem vida-morte, alocação de recursos materiais e humanos, priorizar atendimen tos, só se fará de forma correta e segura se tiver assimilado princípios éticos, compreendido a relação custo-benefício e se situado dentro de um momento histórico.

O pensamento filosófico foi introduzido com a análise do Código de Deontologia do Conselho Federal de Enfermagem<sup>(9)</sup> e, dadas as características da clientela assistida, os temas "Vida e Morte , Eutanásia, O enfermeiro e o paciente em fase terminal, O segredo profissional do enfermeiro" foram mais amplamente analisados, utilizando-se o livro de GELAIN<sup>(20)</sup>.

A necessidade da correta postura ética da enfermeira face a freqüentes situações críticas que envolvem risco de vida para o pa ciente é de fundamental importância para a sua segurança, do paciente e da equipe de enfermagem; compreender o conceito de morte quando "surge uma nova norma para definir a morte e estabelecer o momento de sua presença", GELAIN<sup>(20)</sup>. Não se aceita mais o momento da parada cardíaca como determi nante da morte, visto que pode ser revertida; os parâmetros adotados atual mente são: "dilatação completa da pupila sem nenhuma resposta reflexa à luz; ausência total de respiração espontânea depois que o respirador mecânico cessou por cinco minutos; queda contínua da pressão sanguínea apesar das doses maciças de drogas vasopressoras e traçado do eletroencefalograma plano durante vários minutos" GELAIN<sup>(20)</sup>. Acrescenta-se a estes parâme tros a não utilização de drogas depressoras do sistema nervoso central quan

do da realização da avaliação.

São freqüentes os encontros com a morte e não é fácil estabelecer seu exato momento. Questões como: Quando desligar um aparelho? Quando suspender uma droga?; Quais os profissionais que participam da decisão?; e a família, também participa? Se o paciente está consciente e quer discutir sua morte, como proceder? As dúvidas se condensam sobre o conceito de Eutanásia, proibido pelo Código de Deontologia, mas o que é mesmo a Eutanásia?

A eutanásia pode ser positiva (instituir terapia para tornar presente a morte antes do que seria esperada), negativa (omissão de terapia que prolongaria a vida) e a distanásia (afastar o mais possível a morte). A distanásia começa a ser questionada frente ao direito da pessoa de morrer dignamente, de opinar sobre o morrer, BOEMER<sup>(4)</sup>, GELAIN<sup>(20)</sup>, KUBLER-ROSS<sup>(33)</sup>, PHILLIPS<sup>(47)</sup>.

FISZ<sup>(17)</sup>, ao discorrer sobre novos conceitos e filosofia em Terapia Intensiva, aborda a "intempestividade" na ânsia de querer fazer algo mais pelo paciente e considera que "dentro das condições atuais de um CTI, o paciente está em vigilância e assistência permanente, não justificando que a tranquilidade e as atitudes cronológicas cedam lugar à agressividade e a métodos não estabelecidos ou de resultados duvidosos. E mais, que a experiência de anos não seja substituída por um trabalho científico recém-lido, mas ainda não discutido ou aprovado; o não fazer, muitas vezes, é mais importante e benéfico do que agredir pensando que se fez tudo."

São duas posturas diametralmente opostas: a distanásia como ato heróico para protelar a morte e, por outro lado, a ponderação, a consciência e as reais possibilidades do paciente.

Acredita-se que a insegurança é a conselheira para atos apressados e agressivos; quando o profissional está seguro que seu sistema de vigilância e tratamento são eficientes, não sobra espaço para a improvisação.

A compreensão dos métodos de tratamento intensivo e sua evolução histórica, ajudam a desenvolver a segurança do profissional. PHILIPS<sup>(47)</sup> historia o aparecimento dos sistemas de suporte da vida, como a massagem cardíaca interna em 1874, a externa em 1901 e a sua popularização em 1960; o desfibrilador interno em 1947, o externo em 1956; o respirador mecânico em 1958 (primeira experiência em animal em 1776); em 1974, ressuscitação cardíaco-respiratória sincronizada; respirador para anestesia em 1932; a cânula de Guedel em 1934; o curare em 1942, para usar na anestesia; o uso do respirador com pressão positiva intermitente em 1953; o marcapasso cardíaco em 1952; o oxigenador para cirurgia cardíaca entre 1937-1952; o balão intra-aórtico com contra-pulsção em 1953-1967; a diálise peritoneal em 1923, a hemodiálise em 1940; infusões intravenosas em 1920; nutrição parenteral em 1944; e, o suporte para insuficiência hepática em 1975. O artigo citado é de 1977 e de lá para cá surgiram os monitoramentos de funções vitais, do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, a sofisticação tecnológica dos equipamentos citados.

A década de 60 marca o período em que os recursos técnicos existentes passaram a ser centralizados na UTI, possibilitando, inclusive, o seu uso para pacientes de outras especialidades médicas e estimulando o seu aperfeiçoamento; em pouco mais de 20 anos, o caminho percorrido foi maior nesta área do que todo o feito anteriormente pelo homem. Surgiram os transplantes renais, cardíacos, hepáticos; permanece a irreversibilidade da morte cerebral. Estas mudanças tecnológicas e científicas foram tão profundas que mudaram o "locus" da morte; precisamos de tempo para acertarmos os nossos valores, as nossas consciências.

A relação do custo-benefício do tratamento intensivo também tem sido questionada. Assim é que ILLICH<sup>(25)</sup> considera a UTI elitista da do seu alto custo e critica duramente a assistência sofisticada quando a população, de maneira geral, não tem acesso aos serviços básicos de saúde e considera que a proposta da Organização Mundial de Saúde, de Saúde para Todos,

é utópica e camufla sob um manto de ideologia, a desapropriação da saúde da população, tutelando-a e tornando-a cada vez mais dependente de quem tem o poder de decisão.

PHILLIPS<sup>(47)</sup> analisa o processo vida-morte como um continuum que pode ser interrompido ou adiado, que os recursos disponíveis devem ser utilizados dentro de critérios éticos e que estes devem visar a extensão de cobertura ao maior número possível de pessoas. Dentre os critérios citados pelo autor estão: estabelecimento de critérios, para admitir o paciente na UTI, que levem em consideração a possibilidade de recuperação do mesmo; estabelecer o quali/quantitativo da equipe de saúde para garantir uma qualidade ótima de atenção; uso racional de pesquisas laboratoriais, de fármacos e equipamentos descartáveis; dispor de informações sobre prognóstico para utilizar, de maneira criteriosa, os equipamentos de suporte de vida; dispor de informações que permitam traçar a terapêutica ótima para cada especialidade. PHILLIPS<sup>(47)</sup> cita TALBOT "Ressuscitar um paciente moribundo com danos irreparáveis no coração, pulmão, cérebro ou qualquer outro órgão vital do corpo não tem justificativa médica, ética ou moral".

A participação da enfermeira em decisões desta natureza ocorre com freqüência na UTI. Defendemos que esta participação se faça de forma madura, calcada nos Códigos vigentes, em normas da instituição e na análise criteriosa de cada situação. Da mesma forma que não acreditamos na intempestividade para prolongar a vida, recusamo-la como meio de decisão para se interromper uma terapia já instituída.

O futuro profissional deve compreender seu papel dentro do momento histórico, analisando a que e a quem serve o seu trabalho. Além do inquestionável valor da assistência direta ao paciente, o aluno deve perceber e valorizar a importância de sua inserção em grupos sociais de classe e da instituição, dos caminhos que se definem para a profissão e



da sua vinculação com a população alvo de seu trabalho. Deve, ainda, compreender e participar das tomadas de decisões que repercutem na profissão e na assistência à saúde.

LANTHIER<sup>(34)</sup>, em estudo sobre a atuação do professor de enfermagem em campo clínico, traçou três perfis de professor: o modelo, o facilitador e o orientador. O professor Modelo é explicado pela teoria de Bandeira, como aquele que deve ser o modelo a ser reproduzido pelo aluno, já com várias experiências relatadas na enfermagem; o Facilitador, da linha humanística de Rogers, é o que facilita a aprendizagem que é centrada no estudante e não no professor; o Orientador, segundo Bloom, é o professor que dirige o aluno principalmente por estímulos verbais, para adquirir conhecimentos influenciados pela afetividade.

Os estudantes da disciplina "Enfermagem Médico-Cirúrgica", no início da formação profissional, pouco diferenciam a importância do papel de Modelo sobre o de Orientador, mas os alunos mais avançados de "Enfermagem em Emergências" conferem maior importância ao professor Modelo, depois o Facilitador e em último o Orientador. LANTHIER<sup>(34)</sup> cita as características do Modelo "presta com dedicação cuidados de enfermagem aos pacientes, atua prontamente em situação de "stress" e/ou emergência, dá apoio emocional aos pacientes, informando-os sobre a assistência que lhes vai ser prestada, integra-se no planejamento dos cuidados, visando a eficiência da assistência aos pacientes e aproveita todas as oportunidades para fazer educação dos pacientes". O Facilitador "dá liberdade de ação e pensamento, demonstra profunda compreensão quando você erra e estimula-o a crescer a partir destes erros, valoriza os seus esforços para progredir"; o Orientador "explica-lhe como proceder nas tarefas difíceis".

Ainda que não estivéssemos testando uma teoria pedagógica, pensamos que nossa conduta em campo clínico se aproxima do protótipo do professor Modelo, já que pretendíamos que nosso comportamento quanto à

assistência de enfermagem fosse percebido, assimilado e imitado pelas alunas. Esta linha de conduta tem sido apontada como eficiente no campo de prática por CARVALHO<sup>(6,7)</sup>.

Ao término da disciplina de Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos foi feita uma avaliação pelas alunas, que passa-se a relatar.

Foi proposto às alunas que avaliassem os objetivos gerais da disciplina (Anexo V) e os específicos de cada unidade. Como Objetivos Gerais compreendem-se aqueles que estiveram presentes no transcorrer de toda a disciplina e os Específicos diziam respeito a cada período de estágio, num total de três. As especialidades selecionadas para estágio foram pós-operatório de cirurgia cardíaca (Anexo VI), hemodiálise e diálise peritoneal e uma unidade geral da UTI, onde tínhamos pacientes de neurologia, pós-operatórios de grande porte e pacientes clínicos graves.

Participaram da avaliação 26 alunas numa classe de 32, porque seis alunas não compareceram ao último dia de aula.

Quanto aos objetivos gerais, 9 alunas consideraram que foram integralmente atingidos e 17 consideraram parcialmente. Para os objetivos específicos das unidades de estágio, foram considerados integralmente atingidos por 16 alunas em pós-operatório de cardiologia, 15 em hemodiálise e diálise peritoneal e dez em unidade geral; parcialmente foi considerado atingido por oito alunas em pós-operatório de cardiologia, 11 em hemodiálise e diálise peritoneal e 14 em unidade geral; uma aluna considerou não atingido em pós-operatório de cirurgia cardíaca e duas em unidade geral; uma aluna não respondeu esta questão para o estágio de cirurgia cardíaca.

O relacionamento do conteúdo teórico da disciplina com a prática foi feito de forma sistemática e regular, consideração mencionada por 20 alunas, enquanto seis consideraram que este relacionamento foi ocasional.

Em seguida a estas questões dirigidas pediu-se às alunas

que registrassem a sua opinião sobre a disciplina mencionando o que julgassem que deveria ser comentado.

Dezoito alunas escreveram que o conteúdo programático fora objetivo, válido, permitindo ampliação de conhecimentos, de atuação e desenvolveu segurança para assistir pacientes de UTI; consideraram os campos bem escolhidos para estágio, que a disciplina deveria ser do tronco profissional comum, dada a sua importância na formação do enfermeiro, e que se deveria aumentar o conteúdo de enfermagem neurológica tanto teórica como prática.

Duas alunas mencionaram falhas no sistema de avaliação do estágio; três consideraram que o estágio devia ser no primeiro semestre quando as alunas estão descansadas; duas alunas se disseram desinteressadas por um dos campos de estágio em que atuavam como bolsistas dando plantão noturno; cinco alunas tiveram dificuldades de acompanhar a disciplina por problemas pessoais (trabalhavam ou eram bolsistas).

O número de professores foi considerado insuficiente por duas alunas, outra considerou um professor desinteressado durante o estágio; uma que o campo de estágio poderia ser melhorado e que o campo de pós-operatório de cirurgia cardíaca é muito desgastante, mecanizado e estressante.

Uma aluna criticou a atuação da pesquisadora durante o período de estágio, pediu para fazer a colocação oralmente para as colegas e professoras presentes, disse que a professora estava mais interessada na sua pesquisa do que no aprendizado das alunas, preocupada com o número de pacientes que conseguiria para sua amostragem. Esta opinião não foi endossada pelas colegas da aluna e algumas se pronunciaram dizendo que foi a primeira experiência de participação em uma pesquisa e que tinha possibilidade compreender o método de trabalho científico. A aluna pediu ainda que houvesse uma revisão da sua avaliação por todas as professoras por discor-

dar da nota obtida na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca por ser a nota mais baixa dos três estágios, tendo sido este o último que fizera na Disciplina.

Com o surgimento deste questionamento nos preocupamos em fazer um levantamento das notas obtidas por todas as alunas nas três unidades. Cada unidade havia sido avaliada, por prova objetiva, quanto ao conteúdo teórico e ficha de avaliação para o desempenho no estágio.

As provas objetivas foram sempre aplicadas no último dia de estágio para posterior correção frente a gabaritos pré-elaborados. Ao término da prova objetiva era discutido, com a aluna, a sua ficha de avaliação de estágio, já preenchida.

Considerando que a prova objetiva não é manipulável em seus resultados, acreditamos que as avaliações de estágio devem ser o mais aproximadas possível das avaliações teóricas, visto que a ficha de avaliação engloba conhecimentos, habilidades e atitudes, portanto com aspectos de avaliação subjetiva.

Calculamos a média das avaliações teóricas de cada grupo de alunas (oito) e as comparamos com a média das avaliações de estágio e encontramos, nos grupos de pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma variação entre teoria e prática de 1,0 ponto; no grupo de diálise e hemodiálise, a variação foi de 1,5 pontos e na unidade de terapia intensiva geral a variação foi de 5,6 pontos.

A menor variação encontrada, portanto, foi no grupo de pós-operatório de cirurgia cardíaca, o que vem reforçar nossa idéia de que a metodologia de assistência contribui para o aprendizado da aluna na medida em que possibilitar ao professor indentificar as falhas de aprendizagem do aluno para aí atuar de forma educativa.

Procuramos compreender a reação da nossa aluna à luz de novas reflexões, já sabendo que a UTI, com todas as suas características ambientais, tipo de paciente, exigências do campo para com a aluna, estres-

se, medo, convivência com a morte, irá mexer na estrutura psicológica dos alunos, com os seus valores pessoais. A tentativa, de nossa parte, de fazer com que a aluna se envolvesse emocionalmente com o paciente, sentisse com ele, pensasse com ele, percebesse suas reações, é uma experiência, às vezes, muito dolorosa, sofrida mesmo; nada mais natural que esta pessoa se defenda deste sofrimento, e uma forma de defesa é a agressão, no caso, dirigida à professora que praticamente a obrigou a sofrer.

A reação de fuga, outra forma de defesa, também foi muitas vezes usada por nossas alunas. O número de faltas ao estágio nos pareceu muito elevado e novamente usamos a estratégia de comparação entre as três unidades práticas; no estágio de unidade de terapia geral foram dadas 205 horas de falta, somando-se as faltas de todas as alunas, na unidade de hemodiálise e diálise peritoneal constatou-se 270 horas de faltas e na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca foram 345 horas de faltas.

As justificativas apresentadas pelas alunas, para as faltas, é que estavam cansadas ou tinham saído para procurar emprego; poucas foram as justificativas por doença. Em uma tarde, no último grupo de estágio, as quatro alunas que compunham o grupo faltaram e na mesma manhã apenas uma compareceu.

Quando isto acontecia permanecíamos no campo durante o período previsto para as atividades, atuando como enfermeira assistencial, visto que tínhamos nos comprometido com os pacientes a ali estar quando chegassem da cirurgia; mas os pacientes admitidos na UTI nestes dias não podiam mais fazer parte da amostra por não serem assistidos pelas alunas através da assistência planejada. A alegação da aluna de que estávamos mais preocupadas com a pesquisa do que com as alunas provavelmente foi decorrente de comentário nosso em que mostramos que as constantes faltas estavam realmente interferindo com a coleta de dados, mas em nenhum momento prejudicou o nosso compromisso assumido com o paciente e acreditamos, também, não tenha prejudicado o ensino.

Tivemos muitas oportunidades de mostrar para as alunas, através de bibliografia, exemplos e demonstração no campo de prática, a importância do relacionamento interpessoal enfermeira-paciente para a recuperação deste. Acreditamos que este valor foi trabalhado, mas não ficamos satisfeitas com a prática do inter-relacionamento aluno-paciente. Esperávamos maior disponibilidade emocional do aluno para este tipo de contato, mas não foi este o comportamento dominante, predominou sim, o interesse tecnológico, a novidade científica. Percebemos o medo de se envolver, de se comprometer, de sair ferido da experiência. É uma realidade a ser pensada pelos professores de enfermagem; está sendo alcançado um grau satisfatório de conhecimentos biológicos, mas não se está crescendo do lado humanístico. Não pretendemos deixar aqui um registro de acusação ao aluno. Pretendemos sim, um alerta, se há algo errado com o aluno, parte da responsabilidade nos cabe e temos que buscá-la e cumprí-la.

Esperávamos receber os alunos na Habilitação em Enfermagem com mais habilidades para tratar com os problemas emocionais do paciente, porém o que constatamos é que muitas vezes eles têm dificuldades para trabalhar os seus próprios problemas emocionais.

ESPÍRITO SANTO<sup>(15)</sup>, ao estudar a atuação do enfermeiro junto ao cliente em UTI, na atenção à necessidade de segurança emocional, comenta que "a percepção de problemas pelo enfermeiro na UTI é fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais. Pode-se mesmo afirmar que são estes elementos associados os norteadores da conduta ao prestar assistência. Tais elementos por si só não são suficientes, sendo imprescindível que ao estabelecer um relacionamento terapêutico, o enfermeiro esteja consciente da complexidade que envolve o ser humano". Em suas conclusões diz: "os enfermeiros da UTI tendem a afastar-se do cuidado a clientes com problemas emocionais, devido ao receio de envolverem-se em conflitos".

Esta situação tem que ser modificada; o relacionamento enfermeira-paciente não pode estar baseado em intuição ou na boa vontade de alguns; deve ser compreendido e assumido como atividade profissional que se reverta em benefício para o cliente; ainda mais, crê-se que quando a enfermeira domina os mecanismos da comunicação e do relacionamento interpessoal ela mesma passa a se beneficiar dos mesmos.

HOFLING<sup>(23)</sup> diz que "o plano de tratamento para cada paciente compreende o pensamento, conhecimentos especiais, técnicas especializadas e serviços de muitas pessoas, dirigidos todos eles para o paciente e coordenados todos para seu benefício". Cita como componentes básicos das relações interpessoais a sensação de ser amado, a impressão de estima e respeito próprios, impressão de confiança, sentimento de dependência aceita, sentimento de interdependência e de independência.

DANIEL<sup>(10)</sup> enfatiza que o relacionamento interpessoal na enfermagem não se completa com conhecimentos, mas "é resultado de uma aprendizagem dirigida e organizada, baseada em prática e mais prática; é o trabalho com a própria responsabilidade na formação de atitudes".

Acreditamos que o caminho que tentamos percorrer com a aluna é o correto, mas muito deve-se fazer para melhorar os resultados.

Existe um pensamento dominante entre os professores de enfermagem, o de que quanto mais a aluna se aproxima do término do curso, menor é a sua necessidade de acompanhamento por parte do professor. Sendo assim, nas disciplinas iniciais (Fundamentos, Médico-Cirúrgica I) a relação professor/aluno ideal é colocada em torno de 1 para 6 ou 8 alunos e nas disciplinas finais esta relação pode se situar entre 1 para 10.

No desenvolvimento do estágio em pós-operatório de cirurgia cardíaca nossa relação foi de uma professora para quatro alunas e nos outros dois estágios da disciplina em unidades com características semelhantes, a relação foi de uma para oito, isto porque o campo selecionado para pós-operatório só aceitava quatro alunas em cada grupo. Pelos re-

sultados citados anteriormente, referentes à avaliação dos grupos, o acompanhamento de pequenos grupos é mais eficiente.

Devemos lembrar que os estágios na Habilitação Médico-Cirúrgica são em unidades altamente especializadas, usam tecnologia sofisticada, os pacientes são muito comprometidos física, psíquica e espiritualmente. Isto exige um novo tipo de relacionamento aluno/paciente que, pelas reações descritas, apresentam muitas dúvidas em como atuar em situação de crise. Se queremos, além do ótimo desempenho técnico-científico do aluno na terapia intensiva, o desenvolvimento do relacionamento terapêutico aluno/paciente, a relação professor/aluno deve ser reavaliada frente a padrões pré-estabelecidos. Não se pretende aqui, ser conclusiva, pois não foram usados parâmetros mensuráveis entre os três grupos, mas o assunto merece estudos detalhados.

Chegando ao fim da Discussão e revendo o trabalho como um todo, ficamos satisfeitos por termos conseguido associar a análise da problemática do paciente com a exploração da metodologia de assistência de enfermagem e, principalmente, por termos obtido a participação do aluno.

Procuramos não nos prender apenas aos aspectos biológicos do paciente, mas tratar também da problemática psicológica e social. As necessidades psico-espirituais foram tratadas sob o ponto de análise ético-filosófica do paciente e da enfermeira.

A participação do aluno, de fundamental importância para a realização da pesquisa, vem responder à nossa atividade de professor. Notamos que nos estendemos, no final da Discussão, abordando a convivência com o aluno e as preocupações com a formação de suas atitudes, fugindo até dos objetivos inicialmente propostos para análise. Ainda assim, preferimos mantê-la, dada a importância que lhe atribuímos.

A etapa solitária da elaboração desta tese só pode ser compreendida como o período de sua redação final, pois toda a fase de coleta de dados foi desenvolvida em grupo, portanto, social.



5. CONCLUSÕES

## 5. CONCLUSÕES

FRENTE AOS OBJETIVOS PROPOSTOS NESTE ESTUDO, VERIFICOU-SE QUE:

1. Da amostra submetida a um Plano de Orientação no pré-operatório pela pesquisadora, 88,00% dos pacientes referiram problemas no período que permaneceram na UTI pós-cirurgia cardíaca. Os problemas identificados como os que mais incomodaram os pacientes foram cânula de entubação (38%); ambiente (6%); assistência respiratória (18%); dor (10%) e outros problemas (16%) (sentir sede, quatro; presença da sonda vesical um; posição no leito causando desconforto, dois e dor na inserção do cateter de pressão arterial média, um).
2. Da amostra submetida a um Plano de Orientação no pré-operatório pela pesquisadora e assistido na UTI com Assistência de Enfermagem Planejada, 72% dos pacientes referiram problemas no período que permaneceram na UTI pós-cirurgia cardíaca. Os problemas identificados como os que mais incomodaram os pacientes foram cânula de entubação (32%); assistência respiratória (18%); decúbito dorsal (4%); dor (4%) e outros problemas (14%) (sentir sede, dois; presença da sonda vesical, dois; tudo incomoda, três).
3. Da amostra submetida a um Plano de Orientação no pré-operatório pelas enfermeiras da unidade de internação, 80% dos pacientes referiram problemas sobre o período que permaneceram na UTI pós-cirurgia cardíaca. Os problemas identificados como os que mais incomodaram os pacientes foram cânula de entubação (26%); ambiente (2%); assistência respiratória (24%); dor (8%); queixas sobre a enfermagem (4%); outros problemas (16%) (sentir sede, quatro; abaixar a cama para medir PVC, dois; presença da sonda nasogástrica, um; posição no leito causando desconforto um).

4. Comparando a manifestação de problemas ou não, nos três grupos experimentais, (grupo A, 88%, grupo B, 72% e grupo C, 80%), aplicando-se o teste do qui-quadrado, não houve diferença significativa. A comparação entre os grupos quanto ao tipo de problema identificado mostra que não houve significância quanto ao problema cânula de entubação (grupo A, 38%, B, 32% e C, 26%); os dados relativos ao problema ambiente foram não analisáveis dada a sua baixa frequência (grupo A, 6% B, 0% e C, 2%); não houve significância quanto ao problema assistência respiratória (grupo A, 18%, B, 18% e C, 24%); os dados foram não analisáveis para o problema decúbito dorsal (grupo A, 0%, B, 4% e C, 0%); os dados foram não analisáveis para o problema dor (grupo A, 10%, B, 4% e C, 8%); os dados foram não analisáveis para o problema queixas sobre a enfermagem (grupo A, 0%, B, 0% e C, 4%); não demonstrou significância para os Outros problemas (grupo A, 16%, B, 14% e C, 16%).
5. Comparando a manifestação ou não de problemas entre os grupos experimentais e o grupo controle, o teste aplicado demonstrou não haver significância (grupo controle, 84,62% e experimental, 80,00%). A comparação entre os grupos, quanto ao tipo de problema identificado, mostra que quanto ao problema cânula de entubação não houve diferença significativa (controle, 32,6% e experimental, 32,00%); quanto ao problema ambiente, foi significativamente maior no grupo controle (16,35%) do que no grupo experimental (2,67%); quanto ao problema assistência respiratória, não houve significância entre os grupos (controle, 15,38% e experimental, 20%); quanto ao problema decúbito dorsal, a manifestação foi significativamente maior no grupo controle (6,73%) do que no experimental (1,33%); quanto ao problema dor, não houve significância entre os grupos (controle, 3,85% e experimental 7,33%); quanto ao problema queixas sobre a enfermagem, não houve significância entre os grupos estudados (controle, 2,88% e experimental, 1,33%); quanto à manifestação de Outros Problemas, o número foi significativamente maior no grupo experimental (15,33%) do que no controle (6,73%).

6. A experiência mostrou que a Assistência de Enfermagem Sistematizada é aplicável no ensino da disciplina Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos em pós-operatório de cirurgia cardíaca e permitiu determinar as necessidades básicas comumente afetadas nos pacientes, estas necessidades são terapêutica, circulação, equilíbrio hidroeletrolítico, equilíbrio ácido-básico, cuidado corporal, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, eliminação urinária, regulação neurológica, segurança, percepção dolorosa, sono e repouso, motilidade, integridade física, nutrição e regulação térmica, regulação hormonal e regulação imunológica.

A hipótese do estudo, que acreditava na modificação da manifestação de problemas dos pacientes submetidos ao Plano de Orientação pré-operatório comparada ao grupo não orientado sistematicamente, pode ser aceita quanto aos problemas de ambiente e decúbito dorsal, recusada quanto à manifestação ou não de problemas e quanto aos problemas cânula de entubação, assistência respiratória, dor, queixas sobre a enfermagem e outros problemas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ASAKURA, Maria Reiko, Perspectiva da assistência de enfermagem frente ao paciente idoso submetido a cirurgia cardíaca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 37., Olinda, 1985. 12 p. (Mimeografado).
- 2 - BAXTER, Sam. Psychological problems of intensive care. Nurs. Times, London. 71 (1): 22-3, Jan. 1975.
- 3 - BELAND<sup>1)</sup>, Irene L. & PASSOS, Joice Y. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo, EPU, 1978, v.1, 446 p. X
- 4 - BOEMER, Magali R. A morte e o morrer. São Paulo, Cortez, 1986. 133 p.
- 5 - CARNEIRO, Anamaria. Comunicação enfermeiro-paciente na unidade de terapia intensiva - estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro, 1982. 127 p. (Dissertação de mestrado Escola de Enfermagem Ana Neri UFRJ).
- 6 - CARVALHO, Amália Correia de. A docente de enfermagem como modelo a ser imitado. Rev.Bras.Enf., Rio de Janeiro, 26 (6): 527-31, out./dez. 1973.
- 7 - \_\_\_\_\_. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. São Paulo, 1972, 126 p. (Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da USP).
- 8 - COCHRAN, W.G. Some methods of strengthening the camman  $\chi^2$ . Biometrics. Washington, 10: 417-51. 1954.
- 9 - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Códigos: deontologia de enfermagem, processo ético, transgressões e penalidades. s. l. p., Produtos Químicos York, s. d. 37 p.

- 10 - DANIEL, Liliana Felcher. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo, EPU, 1983. 176p.
- 11 - \_\_\_\_\_. A enfermagem planejada. São Paulo, EPU, 1981. 130p.
- 12 - DRAIN, Cecil B. & SHIPLEY, Susam B. Enfermagem na sala de recuperação. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. 645p.
- 13 - DUBIM, William R. et alii. Post cardiotomy delirium: a critical review. J. Thorac. Cardiovas. Surg., Saint Louis, 11(4): 586-94, April 1979.
- 14 - EGERTON, N. & KAY, J.H. Psychological disturbances associated with open heart surgery. Brit. J. Psychiat., London, 110: 433-39, 1964.
- 15 - ESPIRITO SANTO, Terezinha de Jesus Monteiro. Segurança emocional como necessidade humana básica: atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. Rio de Janeiro, 1984. p. (Dissertação de mestrado - Universidade do Rio de Janeiro).
- 16 - FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s. d. p.
- 17 - FISK, José Marcos. Terapia intensiva: novos conceitos e filosofia. In: MEDINA, Avelino. Questões fundamentais de terapia intensiva. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. p. 1-12.
- 18 - FLÁVIO, Júlio Alexandre. Manual básico de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. Brasília, Horizonte, 1980. 350p.
- 19 - FOLK-LIGHTY, Maria & BRENNAN, Ann Marie. Role perception of the staff nurse in the intensive care unit. Heart Lung, Saint Louis, 8 ( 3 ): 535-39, May/June 1979.
- 20 - GELAIN, Ivo. Deontologia e enfermagem. São Paulo, EPU, 1983. 89p.
- 21 - GUINA, Nilsa Ferreira et alii. Enfermagem no CTI. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1983. 201p.

- 22 - HELTON, Mary Clayman et alii. The correlation between sleep deprivation and the intensive care unit syndrome. Heart Lung, Saint Louis, 9 (3): 464-68, May/June 1980.
- 23 - HOFLING, Charles K. et alii. Enfermeira psiquiátrica. México, Interamericana, 1970 495 p.
- 24 - HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, 1979. 99 p.
- 25 - ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. 196 p.
- 26 - KAMIYAMA, Yoriko. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. São Paulo, 1972. (Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP).
- 27 - KAPLAN, Stanley M. Psychological aspects of cardiac disease: a study of patients experiencing mitral commissurotomy. Psychom. Med., Baltimore, 18 (3): 221-33. 1956.
- 28 - KEEP, Philip et alii. Windows in the intensive therapy unit. Anaesthesia, London, 35: 257-62, 1980.
- 29 - KILPATRICK, Deai et alii. The use of psychological test date to predict open-heart surgery upcome: a prospective study. Psychosom. Med., Baltimore, 37 (1): 62-73, Jan./Feb. 1975.
- 30 - KIMBALL, Chase Patterson. A predictive study of adjustment to cardiac surgery. J. Thorac. Cardiovs. Surg., Saint Louis, 58 (6): 891-96. Dec. 1969.
- 31 - KIMURA, Miako. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. São Paulo, 1984. 91 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP).
- 32 - KUHN, Elisa Helena et alii. Grupo de pacientes de cirurgia cardíaca: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 37., Olinda, 1985. 20 p. (Mimeografado).



- 33 - KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1981, 290 p.
- 34 - LANTHIER, Marie Germaine Claire. O professor de enfermagem: atuação em campo clínico. Salvador, 1983. 1918 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia).
- 35 - LÁZARUS, Herbert R. & HAGENS, Jerone H. Prevention of psychosis following open-heart surgery. Am. J. Psychiatry. Washington, 124 (9): 1190-95, Mar. 1968.
- 36 - LEE, William et alii. Effects of extracorporeal circulation on personality and cerebation. J. Thorac. Surg., Saint Louis, 7 (6): 562-70, June 1969.
- 37 - \_\_\_\_\_. Effects of extracorporeal circulation upon behavior, personality, and brain function. Part II - Hemodynamic metabolic, and psychometric correlations. Ann. Surg., Philadelphia, 173 (6): 1013-23, June 1971.
- 38 - LEITE, Josete Luzia. Assistência de enfermagem em cirurgia cardíaca: alterações do comportamento no pós-operatório. Rio de Janeiro, 1975. 69 p. (Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto).
- 39 - LÓPEZ, Mário. Centro de tratamento intensivo. In: \_\_\_\_\_. Manual de tratamento intensivo. Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1975. p. 2-12.
- 40 - MOCVERO, G. et alii. Problemi psicologici in terapia intensiva. Mi-nerva Anestesiol., Torino, 46 (5): 629-48, Mag. 1980
- 41 - ORLANDO, Ida Jean. O relacionamento dinâmico enfermeiro paciente: função, processo e princípio. São Paulo, EPU, 1978. 110 p.
- 42 - ORO, Luiz Maria. O doente grave e família: percepção de seus problemas. Florianópolis, 1979. (Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina).

- 43 - PACHECO, Maria Albertina Bragalía. Competências mínimas do enfermeiro no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: um estudo exploratório. Rio de Janeiro, 1981. 60 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ).
- 44 - PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Problemas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva. São Paulo, 1980. 65 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP).
- 45 - \_\_\_\_\_. Planejamento da assistência de enfermagem - Implantação em uma unidade de recuperação da saúde. Secretaria da Saúde de São Paulo. São Paulo 1983.
- 46 - PANZA, Ana Maria Marchetti. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório. São Paulo, 1977. 75 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP).
- 47 - PHILLIPS, G.D. Life support systems in intensive care: a review of history, ethics, cost, benefit and rational use. Anesth. Intensive Care, Paddington, 1 (3): 251-56, Aug. 1977.
- 48 - RODRIGUES, Ana Irma. O paciente do sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. São Paulo, 1979, 163 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP).
- 49 - RUBINSTEIN, David & THOMAS, John. Psychiatric findings in cardiomy patients. Am. J. Psychiatry, Washington, 126 (3): 360-68, Sept. 1969.
- 50 - SADLER, Priscilla Diane. Nursing assessment of post cardiomy delirium. Heart Lung. Saint Louis, 8 (4): 745-50, July/Aug. 1977.
- 51 - SOUZA, Mariana Fernandes. Conhecimento e aplicação do processo de enfermagem entre os enfermeiros formados no período de 1975 a 1979. São Paulo, 1981. 54 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP).

- 52 - SURMAN, Owen S. et alii. Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery. Arch. Gen. Psychiatry, Chicago, 30: 830-835, June 1974.
- 53 - TESCK, Eunice Carlos de Brito. Convivência contínua com estresse: vida e trabalho dos enfermeiros nas UTI, Rio de Janeiro, 1982, 99 p. (Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ).
- 54 - THORPE, Constance J. A nursing care plan: the adult cardiac surgery patiente. Heart Lung, Saint Louis, 8 (4): 690-98, July/Aug. 1979.
- 55 - VARGAS, Heber Soares et alii. Contribuição ao estudo dos aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca: 1a. parte. Ars Curandi Cardiol., São Paulo, 5 (33): 34-40, ago. 1983.
- 56 - \_\_\_\_\_, Aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca: 2a. parte. Ars Curandi Cardiol., São Paulo, 5 (34): 10-22. set. 1983.
- 57 - \_\_\_\_\_, Aspectos psicológicos que influenciam no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca: final. Ars Curandi Cardiol., São Paulo, 5 (35): 8-20, out. 1983.
- 58 - WHIPPLE, Gerald et alii. Insuficiência coronariana: assistência e tratamento. São Paulo, EPU, 1980, 404 p.

7. RESUMO

## 7 - RESUMO

O trabalho é um estudo experimental sobre a influência de um modelo de orientação, aplicado no pré-operatório, na manifestação de problemas de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O modelo de orientação foi elaborado com base no conhecimento prévio que se tinha sobre os problemas que mais incomodam os pacientes na UTI e foi aplicado a três grupos experimentais, compostos por 50 pacientes cada um, sendo os dois primeiros orientados pela pesquisadora e o terceiro por enfermeiras da instituição. O segundo grupo experimental foi também assistido na UTI pela pesquisadora e alunas do Curso de Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a utilização do Processo de Enfermagem proposta por HORTA<sup>(24)</sup>. Os resultados foram comparados com o grupo controle, composto por 104 pacientes de um estudo prévio. Os resultados encontrados permitiram concluir que a diferença de manifestação de problemas entre os grupos experimentais e controle não foi significativa; quanto ao tipo de problemas manifesto, no problema Cânula de Entubação não houve diferença significativa entre grupo controle e experimental; quanto ao problema Ambiente foi significativamente maior a incidência de problemas no grupo controle do que no experimental; o problema Assistência Respiratória não apresentou diferença significativa entre os grupos; a manifestação do problema Decúbito Dorsal foi significativamente maior no grupo controle do que no experimental; o problema Dor não apresentou diferença significativa; quanto a Queixas sobre Enfermagem, não houve diferença significativa entre os grupos estudados; quanto à manifestação de Outros Problemas, o número foi significativamente maior no grupo experimental do que no controle. Tinha-se, como hipótese de trabalho, que os pacientes submetidos à orientação no pré-operatório apresentariam modificações na manifestação de problemas. A hipótese foi aceita quanto aos problemas de Ambiente e Decúbito Dor

sal, visto que suas manifestações foram significativamente menores nos grupos orientados e foi recusada quanto à manifestação ou não de problemas e quanto aos problemas Cânula de Entubação, Assistência Respiratória, Dor, Queixas sobre a enfermagem e Outros Problemas. O trabalho compreende ainda um estudo exploratório da aplicação do Processo de Enfermagem na UTI com alunas e permitiu determinar as necessidades humanas básicas, comumente afetadas no paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, na UTI. Estas necessidades são terapêutica, circulação, equilíbrio hidroeletrólítico, equilíbrio ácido-básico, cuidado corporal, oxigenação, integridade cutâneo-mucosa, eliminação urinária, regulação neurológica, segurança, percepção dolorosa, sono e repouso, motilidade, integridade física, nutrição, regulação térmica, regulação hormonal e regulação imunológica.

8. SUMMARY

8 - SUMMARY

The present report is an experimental study in which the influence of an orientation model, applied in the preoperative, upon the manifestation of patients' problems in heart surgery postoperative at Intensive Care Unit (ICU), was studied. The orientation model was elaborated based in the previous knowledge one had about those problems that most bother the patients at ICU, and it was applied at three experimental groups, in two of them by the researcher and in the other one by the institution nurses. The second experimental group was assisted by the researcher at ICU and the nurses of the Medical-Surgical Nursing Habilitation Course, using the Nursing Process proposed by HORTA<sup>[24]</sup>. The experimental groups were consisted by 50 patients each and the results were compared with those of the control groups, made of 104 patients. The results that were found permitted to conclude the problems' manifestation or not between the experimental and control groups were not significant; about the kind of problem manifested, on the Intubation Tube problem there was no significant difference between control and experimental group; about the Ambient problem it was significant higher the incidence of problems in the control group than in the experimental one; the Respiratory Assistance problem did not present significance between the groups; the Dorsal Position problem was significant higher in the control group than in the experimental group; the Pain problem did not present significance between the studied groups; about Other Problem manifestation, the number was significant higher in the experimental group than in the control. There was a work hypothesis that the patients submitted to preoperative orientation would present modifications on the problems' manifestation. The hypothesis was accepted for Ambient and Dorsal Position problems, because its manifestations were significant lower in the orientated



groups, and was refused for problems manifestation or not and for Intubation Tube, Respiratory Assistance, Pain, Complain against Nursing and Other Problems. The report still comprehend an exploratory study of Nursing Process at ICU application with nursing students and permitted to determine the humans needs, often affected in the patient at heart surgery posoperatory at ICU. The necessities are therapeutic, circulation, hydroeletrolitic balance, basic-accid balance, body care, oxigenation, mucous-cutaneous integrity, urinary elimination neurologic regulation, security, pain perception, rest and sleep, motility, physical integrity, nutrition, thermic regulation, hormonal regulation and immunological regulation.

ANEXOS

ANEXO I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIO

I - IDENTIFICAÇÃO

Grupo: \_\_\_\_\_ Caso nº \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Nome : \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Diag. Médico: \_\_\_\_\_

II - HÁBITOS:

Alimentares (frequência e preferência alimentares):

\_\_\_\_\_

Tabagismo e Alcoolismo (número de cigarros, a quanto tempo fuma, grau de dependência):

\_\_\_\_\_

III - SITUAÇÃO DE TRABALHO:

Profissão: \_\_\_\_\_ Atividade: \_\_\_\_\_

Satisfações e Insatisfações na atividade de trabalho: \_\_\_\_\_

Limitações impostas pela doença: \_\_\_\_\_

Preocupações futuras: \_\_\_\_\_

IV - SITUAÇÃO FAMILIAR

Posição na constelação familiar: \_\_\_\_\_

Atividades na família: \_\_\_\_\_

Limitações impostas pela doença: \_\_\_\_\_

Dificuldades de relacionamento familiar: \_\_\_\_\_

Preocupações futuras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V - LAZER

O que fazia nas horas vagas? \_\_\_\_\_

Atividades físicas e/ou esportes que praticava \_\_\_\_\_

Limitações impostas pela doença \_\_\_\_\_

VI - EXPERIÊNCIAS ANTERIORES

- Exame hemodinâmico:

Foi orientado para o exame? Como?

\_\_\_\_\_

O que sentiu ao fazer o exame?

\_\_\_\_\_

- Internações anteriores em UTI:

Tipos de UTI, tempo de permanência, relato da experiência:

\_\_\_\_\_

## PLANO DE ORIENTAÇÃO

### A. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

1. *tricotomia total*
2. *banho com sabão antisséptico*
3. *banho com álcool-iodado*
4. *roupas esterilizadas*
5. *medicação pré-operatória.*

### B. TRANSPORTE, RECEPÇÃO E INÍCIO DO ATO CIRÚRGICO

1. *maca transfer*
2. *roupas especiais de Centro Cirúrgico*
3. *período de espera no Centro Cirúrgico*
4. *ambiente do Centro Cirúrgico*
5. *dessecção de vasos com anestesia local*
6. *anestesia.*

### C. RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

1. *Ambiente de Recuperação:*
  - 1.1. *Unidade do paciente*
  - 1.2. *Impossibilidade de receber visitas*
  - 1.3. *Luzes acesas*
  - 1.4. *Tempo de permanência na recuperação*
  - 1.5. *Permanecer sem roupas*
2. *Assistência Respiratória*
  - 2.1. *Cânula de entubação*
  - 2.2. *Dreno torácico*
  - 2.3. *Aspiração orotraqueal*
  - 2.4. *Exercícios respiratórios*
  - 2.5. *Respirador*
3. *Percepção Dolorosa:*
  - 3.1. *Dor*
4. *Motilidade:*
  - 4.1. *Restrição de MMII e SS*
  - 4.2. *Decúbito dorsal*

5. *Eliminação*

5.1. *Sonda vesical*

6.

6.1. *Cateterização dos vasos*

6.2. *Monitorização cardíaca*

ANEXO II

PLANO DE ORIENTAÇÃO

| SITUAÇÃO-PROBLEMA   | JUSTIFICATIVA   | INCÔMODO CAUSADO AO PACIENTE  | ASSISTÊNCIA NA UTI  |
|---|---|---|---|
| <u>AMBIENTE DA UTI:</u>   |   |   |   |
| <u>UNIDADE DO PACIENTE</u>  |   |   |   |
| Compreendida por box semi-isolado com equipamento especializado                   | - Assistência contínua com pessoal e equipamento especializado:<br>- Possibilidade de visualizar todos os pacientes | - Dificulta sono e repouso<br>- Vê tratamento dado aos outros pacientes | - Prever períodos de sono e repouso                             |
| <u>PERMANÊNCIA CONSTANTE DE MÉDICOS E PESSOAL DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE</u> |   |   |   |
| Solicitação para que o paciente colabore com sua recuperação                      | - Permitir prevenção de complicações  | - Dificulta sono e repouso<br>- Muita solicitação                       | - Explicar a necessidade da colaboração do paciente no trabalho |
| <u>IMPOSSIBILIDADE DE RECEBER VISITAS</u>   |   |   |   |
| As visitas são proibidas  | - Diminuir contaminação do ambiente e emoções para o paciente   | - Ausência de familiares<br>- Evitar emoção para o paciente             | - Permitir visitas quando importante para o doente              |

---

SITUAÇÃO-PROBLEMA

JUSTIFICATIVA

---

(Assistência Respiratória-Continuação)

DRENO TORÁCICO

Tubo de borracha colocado na cavidade pleural que se exterioriza na região intercostal esquerda, direita ou mediastinal

- Remover ar, sangue e secreção pulmonar

ASPIRAÇÃO OROTRAQUEAL

Introdução de sonda pela cânula de entubação para remover secreção

- Remover secreção de vias aéreas e da boca

EXERCÍCIO RESPIRATÓRIO

Conjunto de procedimentos para aumentar a capacidade pulmonar e remover secreção

- Promover expansão pulmonar

Compreende exercícios com respirador, vibrador, tapotagem e nebulização

- Melhorar oxigenação dos tecidos



---

*INCÔMODO CAUSADO AO PACIENTE**ASSISTÊNCIA NA UTI*

---

- |   |   |
|---|---|
| <i>- Cheiro ruim na boca</i>                            | <i>- Posicionar adequadamente a câmula</i>                |
|   | <i>- Higiene oral freqüente</i>                           |
|   | <i>- Comunicação extraverbal</i>                          |
|   | <i>- Explicar tudo o que vai ser feito com o paciente</i> |
| <i>- Dor</i>  | <i>- Aspiração endotraqueal</i>                           |
| <i>- Dificuldade de movimentação no leito</i>           | <i>- Medicação para dor</i>                               |
|   | <i>- Auxiliar o paciente na movimentação</i>              |
| <i>- Dor</i>  | <i>- Fazer aspirações rápidas</i>                         |
| <i>- Sensação de sufocar</i>                            | <i>- Explicar ao paciente o que vai fazer</i>             |
| <i>- Não se sentir em condições de fazer exercícios</i> | <i>- Explicar como fazer exercícios</i>                   |
| <i>- Dor</i>  | <i>- Estimular o paciente para os exercícios</i>          |
| <i>- Cansaço</i>  |   |

---

SITUAÇÃO-PROBLEMA

JUSTIFICATIVA

---

RESPIRADOR

Aparelho que insufla ar e oxigênio nos pulmões, ligado à cânula de entubação; emite ruídos próprios

- Manter a função pulmonar

PERCEPÇÃO DOLOROSA

Dor: A dor pode ocorrer nos locais de incisão cirúrgica, inserção dos drenos, sondas e cateteres

- Estimulações das terminações sensitivas à dor

- Edema, manuseio cirúrgico

MOTILIDADE

Restrição de MMSS

Braços são restritos ao leito até o paciente recobrar a consciência

- Evitar remoção de cânulas, sondas e cateteres

Decúbito Dorsal

Posição na cama-berço é deitado de costas com cabeceira elevada

- Facilitar expansão pulmonar

- Facilitar trabalho cardíaco

---

INCÔMODO CAUSADO AO PACIENTE

ASSISTÊNCIA NA UTI

---

- Ruído
- Inspiração forçada
- Frequência predeterminada

- Manter aparelho regulado
- Regular para respiração assistida quando o paciente consciente

- A própria dor

- Medicação para dor
- Não tracionar drenos, sondas e cateteres
- Estimular relaxamento

- Impossibilidade de se mover

- Retirar restrições com o paciente consciente e atendido do solicitação verbal
- Geralmente é suspensa a restrição quando se extuba o paciente

- Dor nas costas
- Posição incômoda e cansaço
- Cama estreita

- Lateralizar o decúbito
- Verificar afecção de coluna no paciente

| SITUAÇÃO-PROBLEMA   | JUSTIFICATIVA   | INCÔMODO CAUSADO AO PACIENTE   | ASSISTÊNCIA NA UTI  |
|---|---|--|---|
| <u>ELIMINAÇÃO URINÁRIA</u>  |   |  |   |
| <i>Sonda vesical</i>  |   |  |   |
| <i>Tubo de borracha introduzido pela uretra até a bexiga para retirar a urina</i>   | <i>- Controlar, volume e características da urina</i> | <i>- Sensação de ardor na uretra<br/>- Sensação iminente de urinar</i> | <i>- Manuseio delicado da sonda<br/>- Explicar drenagem contínua da urina</i>                 |
| <u>USO DE APARELHOS</u>   |   |  |   |
| <i>Monitor Cardíaco</i>   |   |  |   |
| <i>Ligado ao paciente por eletrodos torácicos, mostra numa tela a atividade cardíaca, emite um som a cada batida cardíaca</i> | <i>- Registrar a atividade cardíaca</i>               | <i>- Ruído<br/>- Presença de eletrodos</i>                             | <i>- Manter o volume do monitor baixo<br/>- Demonstrar naturalidade ao observar o monitor</i> |

ANEXO III

I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIO

1. Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ R. G. : \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_  
Data da internação: \_\_\_\_\_  
Data da entrada na UTI: \_\_\_\_\_ Hora do exame: \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Exame físico e dados de interesse:

2.1. Circulação:

Freq. card. \_\_\_\_\_ Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
P.A. \_\_\_\_\_ P.A.M. \_\_\_\_\_ P.V.C. \_\_\_\_\_  
Veias cateterizadas \_\_\_\_\_  
Artérias cateterizadas \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2. Oxigenação:

Freq. resp. \_\_\_\_\_ Resp. espontânea \_\_\_\_\_  
Assistida \_\_\_\_\_ Controlada \_\_\_\_\_  
Entubado \_\_\_\_\_ Vol. Min. \_\_\_\_\_  
Tipo ventilador \_\_\_\_\_ PEP \_\_\_\_\_  
Nebulização \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.3. Equilíbrio hidroeletrolítico:

Na<sup>+</sup> \_\_\_\_\_ K<sup>+</sup> \_\_\_\_\_  
Perdas \_\_\_\_\_ Ganhos \_\_\_\_\_  
Balança hídrica \_\_\_\_\_  
Reposição \_\_\_\_\_ ml/hora \_\_\_\_\_ gotas/min. \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4. Equilíbrio ácido-básico

$P_{A}O_2$  \_\_\_\_\_  $P_{A}CO_2$  \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_  
BE \_\_\_\_\_  $HCO_3$  \_\_\_\_\_ SAT  $O_2$  \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.5. Integridade cutâneo-mucosa:

Incisão cirúrgica \_\_\_\_\_

Lesões \_\_\_\_\_

Cor da pele \_\_\_\_\_

Turgor \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.6. Integridade física:

Uso de prótese \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.7. Percepção dolorosa:

Local \_\_\_\_\_

Uso de medicação: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8. Cuidado corporal:

Pele \_\_\_\_\_

Cavidade bucal \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.9. Motilidade:

MID \_\_\_\_\_ MIE \_\_\_\_\_

MSD \_\_\_\_\_ MSE \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.10. *Nutrição:*

Oral \_\_\_\_\_ SNG \_\_\_\_\_ Parenteral \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

2.11. *Eliminação urinária:*

Espontânea \_\_\_\_\_ Sonda Vesical \_\_\_\_\_

Volume urinário \_\_\_\_\_ ml/hora \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

2.12. *Terapêutica:*

Medicamentos em uso \_\_\_\_\_

2.13. *Sono e Repouso:*

Periodicidade \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

2.14. *Segurança:*

Colabora com o tratamento \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

2.15. *Regulação neurológica:*

Nível de consciência

- linguagem                      resposta adequada                      inadequada

- resposta sensitiva                      presente                      ausente

- resposta motora                      adequada                      inadequada

- resposta dolorosa                      superficial                      profunda

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

Condições oculares e pupilares:

Pupilas \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_\_ Reflexo fotomotor \_\_\_\_\_

Movimentos oculares \_\_\_\_\_ Conjugado \_\_\_\_\_ Não conjugado \_\_\_\_\_

II - DIAGNÓSTICO

| NECESSIDADES BÁSICAS<br>AFETADAS   | FAZER | AJUDAR | ORIENTAR | SUPERVISIONAR | ENCAMINHAR |
|------------------------------------|-------|--------|----------|---------------|------------|
| 1. Circulação                      |       |        |          |               |            |
| 2. Oxigenação                      |       |        |          |               |            |
| 3. Eq. hidroeletrolítico           |       |        |          |               |            |
| 4. Eq. ácido-básico                |       |        |          |               |            |
| 5. Integridade cutâneo-mu-<br>cosa |       |        |          |               |            |
| 6. Integridade física              |       |        |          |               |            |
| 7. Percepção dolorosa              |       |        |          |               |            |
| 8. Cuidado corporal                |       |        |          |               |            |
| 9. Motilidade                      |       |        |          |               |            |
| 10. Nutrição                       |       |        |          |               |            |
| 11. Eliminação urinária            |       |        |          |               |            |
| 12. Terapêutica                    |       |        |          |               |            |
| 13. Sono e repouso                 |       |        |          |               |            |
| 14. Segurança                      |       |        |          |               |            |
| 15. Regulação neurológica          |       |        |          |               |            |
| 16.                                |       |        |          |               |            |
| 17.                                |       |        |          |               |            |
| 18.                                |       |        |          |               |            |

LEGENDA: Imediato \_\_\_\_\_

1º PO -----

2º PO .....







V - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA

HORA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA

HORA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATA

HORA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*VI - PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA PÓS-OPERATÓRIA

I - IDENTIFICAÇÃO

Grupo \_\_\_\_\_ Caso nº \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_  
Grau de instrução \_\_\_\_\_ Diag. Médico \_\_\_\_\_  
Cir. Realizada \_\_\_\_\_ Tempo de Cirurgia \_\_\_\_\_  
Data de Internação \_\_\_\_\_ Data da Cirurgia \_\_\_\_\_  
Tempo de Extracorpórea \_\_\_\_\_ Tempo de Entubação \_\_\_\_\_  
Tempo de Perm. na UTI \_\_\_\_\_  
Intercorrências \_\_\_\_\_

II - PERGUNTAS

1. Diga o que mais incomodou o Sr.(a) quando esteve internado na UTI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Diga porque isto incomodou o Sr.(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. O Sr.(a) havia sido orientado sobre isto antes de ir para a UTI?  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
4. Caso sim, qual a sua opinião sobre a orientação recebida quanto ao que o incomodou \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. O Sr.(a) recebeu outras informações sobre a UTI antes de ir para lá?  
Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
6. Caso sim, quais foram estas informações:
  - A. Ambiente:
    1. Unidade do paciente
    2. Impossibilidade de receber visitas
    3. Luzes acesas
    4. Tempo de permanência
    5. Permanecer sem roupas
  - B. Assistência Respiratória
    6. Cânula de entubação
    7. Dreno Torácico
    8. Aspiração orotraqueal
    9. Exercícios respiratórios
    10. Respirador

C. *Percepção Dolorosa:*

- 11. *Na incisão cirúrgica*
- 12. *Na inserção dos drenos*
- 13. *Na inserção da sonda*
- 14. *Na inserção de cateteres*

D. *Motilidade:*

- 15. *Restrição de MMSS*
- 16. *Decúbito dorsal*

E. *Eliminação:*

- 17. *Sonda vesical*

F. *Uso de Aparelhos*

- 18. *Monitor cardíaco*

G. *Outros*

---

---

---

*Observações do entrevistador:* \_\_\_\_\_

---

---

*Data*

*Início da entrevista:* \_\_\_\_\_ *horas*

*Término da entrevista:* \_\_\_\_\_ *horas*

*Entrevistador* \_\_\_\_\_

ANEXO V

DISCIPLINA: *Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos.*

CARGA HORÁRIA: *Teórica: 100 horas*

*Estágio: 220 horas*

*Total : 320 horas*

OBJETIVOS:

1. *Assistir pacientes graves em Unidades de Recuperação e Terapia Intensiva aplicando a metodologia do Processo de Enfermagem;*
2. *Utilizar equipamentos e aparelhos na assistência a pacientes graves em U.R.C.I.;*
3. *Conhecer as características físicas e dinâmica de funcionamento de Unidades de Recuperação e Cuidados Intensivos;*
4. *Dar assistência de enfermagem a pacientes agudos e/ou graves em tratamento intensivo;*
5. *Desenvolver postura ético-filosófica frente a problemas vivenciados nas unidades de estágio.*

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

1. *Características gerais das Unidades de Recuperação e Cuidados Intensivos:*
  - a) *Conceituação e finalidades da unidade de recuperação e cuidados intensivos;*
  - b) *Características físicas da Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos;*
  - c) *Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional da Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos;*
  - d) *Problemas ético-filosóficos em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos.*
2. *Funcionamento e utilização de aparelhos usados na Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos:*
  - a) *Monitorização cardíaca, pressão arterial, pressão venosa central, pulso e temperatura;*
  - b) *Noções de eletrofisiologia, traçado eletrocardiográfico e principais arritmias cardíacas;*
  - c) *Funcionamento do cardioversor, desfibrilador e marcapasso cardíaco;*

- d) *Princípios científicos aplicados à ventilação artificial, funcionamento, manuseio e cuidados com ventiladores artificiais;*
  - e) *Funcionamento de hemodialisadores;*
  - f) *Funcionamento de aspiradores orotraqueais e de drenagem torácica.*
3. *Assistência de enfermagem para pacientes em Unidades de Recuperação e Cuidados Intensivos:*
- a) *Assistência de enfermagem para pacientes com insuficiência respiratória;*
  - b) *Assistência de Enfermagem para pacientes com parada cardíaco-respiratória;*
  - c) *Assistência de enfermagem para pacientes com insuficiência renal aguda e crônica;*
  - d) *Assistência de enfermagem para pacientes com desequilíbrios hidroeletrólítico e ácido-básico;*
  - e) *Assistência de enfermagem para pacientes cardíacos descompensados e com infarto do miocárdio;*
  - f) *Assistência de enfermagem para pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, torácicas, vasculares, neurológicas, gástricas e outras;*
  - g) *Assistência de enfermagem para pacientes com nutrição parenteral e enteral prolongada;*
  - h) *Assistência de enfermagem para pacientes em coma neurológico;*
  - i) *Assistência de enfermagem para pacientes com traumatismo crânio-encefálico;*
  - j) *Assistência de enfermagem para pacientes com acidente vascular-cerebral;*
  - l) *Assistência de enfermagem para pacientes com hipertensão intracraniana.*

PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS:

- *Aula expositiva*
- *Apresentação de diapositivo*
- *Estudo dirigido*
- *Seminários*
- *Leitura programada*
- *Grupos de discussão*
- *Estágio supervisionado.*



AVALIAÇÃO:

- Prova escrita
- Trabalho escrito
- Exercício em classe
- Apresentação de fichas-resumo
- Desempenho no campo de estágio.

ANEXO VI

PLANO DE UNIDADE

*Curso de Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica.*

*Disciplina de Enfermagem em Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos.*

*Professor Responsável: Lorita Marlena Freitag Pagliuca.*

*Professor Colaborador: Noeli Marchioro Liston.*

Assunto: *Assistência de Enfermagem a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.*

*Ano: 1983*

*Série: 4a.*

*Carga horária: Teoria : 20 horas*

*Prática: 20 horas*

*Estágio: 80 horas.*

Objetivos Gerais:

- 1. Conhecer os métodos diagnósticos utilizados em Cardiologia.*
- 2. Manusear aparelhos.*
- 3. Conhecer a fisiopatologia das doenças de válvulas cardíacas e doenças coronarianas.*
- 4. Conhecer a problemática do paciente cardíaco com indicação cirúrgica.*
- 5. Assistir o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, na Unidade de Recuperação.*

PROGRAMA DE ATIVIDADES:

1. *Palestra sobre o Complexo Hospitalar e Instituto-campo-de-prática.*
2. *Dinâmica administrativa da Unidade de Recuperação.*
3. *Visita aos Serviços do Instituto-campo-de-prática.*
4. *Prática de estágio:*
  - a) *demonstrar os aparelhos usados na Unidade de Recuperação;*
  - b) *preparar a unidade para receber pacientes da cirurgia;*
  - c) *prestar cuidados de enfermagem a pacientes em 2º P.O. de cirurgia cardíaca;*
  - d) *prestar assistência de enfermagem a pacientes em 2º P.O. de cirurgia cardíaca;*
  - e) *prestar cuidados de enfermagem a pacientes em 1º P.O. de cirurgia cardíaca;*
  - f) *prestar assistência de enfermagem a pacientes em 1º P.O. de cirurgia cardíaca.*

*OBS.: Após 10º dia de estágio, prestar Assistência de Enfermagem a um paciente em 1º P.O. ou dois pacientes em 2º P.O.*

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO PARA 1º PÓS-OPERATÓRIO

|            | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>   | <u>DIAGNÓSTICO</u>                    | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>               | <u>PRESCRIÇÃO</u>   | <u>EVOLUÇÃO</u>  |
|------------|---|---------------------------------------|---|---|--|
| CIRCULAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pós-operatório imediato</li> <li>. Monitorado, F.C. e ECG</li> <li>. F.C. = 86 bpm</li> <li>. PVC + 12 mmH<sub>2</sub>O</li> <li>. Veias cateterizadas</li> <li>. Artéria cateterizada</li> <li>. Átrio esquerdo cateterizado</li> </ul> | <p>Dependência total</p> <p>Fazer</p> | <p>Manutenção dos parâmetros vitais</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar sinais vitais</li> <li>2. Observar presença de arritmias, sangramento e cianose</li> <li>9. Manter cateteres permeáveis</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Mantendo sinais vitais</li> <li>. Com fibrilação atrial saindo espontaneamente para ritmo sinusal</li> <li>. Má perfusão periférica, extremidades frias e cianóticas</li> <li>. Cateteres permeáveis</li> </ul> |
| OXIGENAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pós-operatório imediato</li> <li>. Monitorizado F.R.</li> <li>. F.R. = 8 movim./min.</li> <li>. Respiração controlada por aparelho à pressão</li> <li>. Entubada</li> <li>. Nebulização contínua</li> </ul>                              | <p>Dependência total</p> <p>Fazer</p> | <p>Manutenção da oxigenação</p>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar sinais vitais</li> <li>2. Observar cianose</li> <li>3. Aspirar secreção naso, oro e endotraqueal</li> <li>5. Observar sinais de acidose ou alcalose</li> <li>7. Coletar sangue para gasometria e hematócrito</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Entubada</li> <li>. Com respirador à pressão</li> <li>. 8 mov./min.</li> <li>. Gasometria alterada</li> <li>. Colhido novo exame</li> <li>. Nebulização contínua</li> </ul>                                     |

EQ. HIDROELETROLÍTICO

HISTÓRICO-PROBLEMA

- . Monitorado  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ , Ht e Hb
- .  $\text{Na}^+$  aumentado
- .  $\text{K}^+$  diminuído
- . Em balanço hídrico
- . Em reposição hidroeletrólí-  
tica

DIAGNÓSTICO

Dependência total  
Fazer

PLANO ASSISTENCIAL

Manutenção do equilí-  
brio hidroeletrólítico

PRESCRIÇÃO

4. Controlar líquidos drenados e infundi-  
dos
5. Observar sinais de  
acidose ou alcalose
7. Coletar sangue para  
eletrólitos e hemató-  
crito
13. Controlar volume e  
características da  
urina

EVOLUÇÃO

- . Em balanço positivo
- . Dreno torácico com se-  
creção sanguinolenta  
em pequena quantidade
- . Recebendo solução endo-  
venosa polarizante
- . Cateteres permeáveis
- . Bom volume urinário,  
urina clara

EQ. ACIDO-BÁSICO

- . Monitorado  $\text{PaO}_2$ ,  $\text{PaCO}_2$ ,  
pH, sat.  $\text{O}_2$ ,  $\text{HCO}_3$  e BE
- .  $\text{PaO}_2$  aumentado
- .  $\text{PaCO}_2$  diminuído
- . pH aumentado
- .  $\text{HCO}_3$  diminuído

Dependência total  
Fazer

Manutenção do equilí-  
brio ácido-básico

5. Observar sinais de  
acidose ou alcalose
7. Coletar sangue para  
gasometria
9. Manter cateteres  
permeáveis

- . Entubada
- . Respirador à pressão  
em assistir
- . 8 mov. rpm
- . Má perfusão periférica
- . Extremidades frias e  
cianóticas
- . Recebendo polarizante
- . Repetida gasometria
- . Cateteres permeáveis

|                               | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>   | <u>DIAGNÓSTICO</u>                              | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>                  | <u>PRESCRIÇÃO</u>  | <u>EVOLUÇÃO</u>  |
|-------------------------------|---|---|--|--|--|
| INTEGRIDADE<br>CUTÂNEO-MUCOSA | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pós-operatório imediato</li> <li>. Incisões cirúrgicas: torácica, punho esquerdo, região escapular direita e antebraço esquerdo</li> <li>. Curativos limpos e secos</li> </ul> | <p>Dependência parcial</p> <p>Supervisionar</p> | <p>Promover integridade cutâneo-mucosa</p> | <p>2. Observar sangramentos</p> <p>6. Supervisionar aspecto das incisões e curativos</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dreno torácico com secreção sanguinolenta com coágulos em pequena quantidade</li> <li>. Incisões cirúrgicas limpas</li> </ul> |
| INTEGRIDADE<br>FÍSICA         | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Ausência de dentes na arca da superior</li> <li>. No momento sem uso de prótese</li> <li>. Pós-operatório imediato</li> </ul>  | <p>Dependência parcial</p> <p>Supervisionar</p> | <p>Manutenção da integridade física</p>    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Continua entubação</li> </ul>   |
| PERCEPÇÃO<br>DOLOROSA         | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sob efeito anestésico</li> <li>. Possibilidade de dor após efeito anestésico</li> </ul>  | <p>Dependência parcial</p> <p>Supervisionar</p> | <p>Prevenção da percepção dolorosa</p>     | <p>8. Detectar sinais de dor</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Continua entubada</li> <li>. Respondendo às perguntas e orientações com movimentos de cabeça</li> </ul>                       |
| CUIDADO<br>CORPORAL           | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pós-operatório imediato</li> <li>. Limitação física</li> </ul>   | <p>Dependência total</p>                        | <p>Promoção da higiene corporal</p>        | <p>10. Fazer banho no leito</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Higienizada</li> </ul>  |

|                     | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>   | <u>DIAGNÓSTICO</u>                   | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>               | <u>PRESCRIÇÃO</u>   | <u>EVOLUÇÃO</u>  |
|---------------------|---|--------------------------------------|---|---|--|
| MOTILIDADE          | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Restrição membros superiores</li> <li>. Sob efeito anestésico</li> <li>. Limitada por drenos, sondas, cateteres</li> </ul> | Dependência total<br>Fazer           | Promoção da motilidade                  | 11. Restringir membros superiores até extubação<br>12. Manter posição confortável no leito  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Restringida</li> <li>. Respondendo às perguntas e orientações com movimentos de cabeça</li> </ul>         |
| NUTRIÇÃO            | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Jejum oral</li> </ul>  | Não afetada                          | Estimulação da alimentação (após jejum) | Não há  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Continua entubada</li> </ul>  |
| ELIMINAÇÃO URINÁRIA | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sonda vesical</li> <li>. Monitorado volume urinário</li> <li>. Hemoglobínúria</li> </ul>                                   | Dependência total<br>Fazer           | Manutenção da eliminação urinária       | 13. Controlar volume e características da urina   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Bom volume urinário</li> <li>. Urina clara</li> </ul>   |
| TERAPÊUTICA         | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Solução polarizante</li> <li>. Keflin</li> <li>. Manitol</li> <li>. Ringer</li> </ul>                                      | Dependência total<br>Fazer           | Administrar terapêutica medicamentosa   | 5. Observar sinais de acidose ou alcalose<br>7. Coletar sangue para gasometria, hematócrito e eletrólitos<br>9. Manter cateteres permeáveis | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Má perfusão periférica</li> <li>. Recebendo solução polarizante</li> <li>. Gasometria alterada</li> </ul> |
| SONO E REPOUSO      | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sob efeito anestésico</li> <li>. Possíveis alterações após efeito anestésico</li> </ul>                                    | Dependência parcial<br>Supervisionar | Promoção do sono e repouso              | 16. Observar respostas neurológicas   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Voltando da anestesia</li> </ul>  |

HISTÓRICO-PROBLEMA

DIAGNÓSTICO

SEGURANÇA

- . Sob efeito anestésico
- . Possíveis alterações após efeito anestésico

Dependência parcial  
Supervisionar

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

- . Ausência de resposta a: linguagem, sensibilidade tátil, motora, dolorosa
- . Pupilas em midríase

Dependência parcial  
Supervisionar

REGULAÇÃO

- . Reflexo fotomotor ausente
- . Movimentos oculares ausentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

- . Temperaturas 35,8°C

Dependência total  
Fazer



PLANO ASSISTENCIAL

PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO

Estimulação da segurança emocional

14. Orientar quanto à necessidade de entubação
15. Situar no tempo e no espaço

. Respondendo às perguntas e orientações com movimentos de cabeça

Manutenção do equilíbrio neurológico

16. Observar resposta neurológica

. Voltando da anestesia  
. Respondendo às perguntas e orientações com movimentos de cabeça

Promoção da regulação térmica

17. Aquecer até:  
T = 36,6°C

. Mantendo parâmetros vitais

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO 1º PARA 2º PÓS-OPERATÓRIO

|                       | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>   | <u>DIAGNÓSTICO</u>                       | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>                         | <u>PRESCRIÇÃO</u>   | <u>EVOLUÇÃO</u>   |
|-----------------------|---|--|---|---|---|
| CIRCULAÇÃO            | <ul style="list-style-type: none"> <li>. 1º pós-operatório</li> <li>. Monitorado F.C. e ECG</li> <li>. Episódios de fibrilação atrial</li> <li>. Estabilizou pressão arterial e venosa</li> </ul> | <p>Dependência total</p> <p>Fazer</p>    | <p>Manutenção dos parâmetros vitais</p>           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fazer controle de sinais vitais</li> <li>2. Registrar arritmias</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sinais vitais estáveis</li> <li>. Mucosas descoradas e palidez cutânea</li> <li>. Hematócrito baixo</li> <li>. Colhido sangue para tipagem</li> <li>. Receberá papa de hemácias</li> </ul> |
| OXIGENAÇÃO            | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Taquipnéia</li> <li>. Extubada</li> <li>. Em nebulização com máscara de O<sub>2</sub></li> </ul>   | <p>Dependência parcial</p> <p>Ajudar</p> | <p>Manutenção da oxigenação</p>                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fazer controle de sinais vitais</li> <li>3. Estimular tosse e expectoração</li> <li>4. Manter máscara de O<sub>2</sub></li> <li>5. Colher sangue para gasometria e hematócrito</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sinais vitais estáveis</li> <li>. Em nebulização com máscara</li> <li>. Hematócrito baixo</li> <li>. Receberá papa de hemácias</li> <li>. Retirado dreno mediano</li> </ul>                |
| EQ. HIDROELETROLÍTICO | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Monitorado Na<sup>+</sup> e K<sup>+</sup></li> <li>. Eletrólitos e gasometrias normais</li> </ul>  | <p>Dependência total</p> <p>Fazer</p>    | <p>Manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fazer balanço hídrico</li> <li>6. Colher sangue para gasometria e eletrólitos</li> </ol>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Em venoclise</li> </ul>  |

|                            | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>  | <u>DIAGNÓSTICO</u>                           | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>                        | <u>PRESCRIÇÃO</u>  | <u>EVOLUÇÃO</u>   |
|----------------------------|--|--|--|--|---|
| EQ. ACIDO BÁSICO           | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Bom volume urinário</li> <li>. Introduzido manitol+ lasix + aminofilina</li> <li>. Monitorado PaO<sub>2</sub> PaCO<sub>2</sub>, pH, sat. O<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> e BE</li> <li>. Gasometria normal</li> </ul> | <p>Dependência total<br/>Fazer</p>           | <p>Manutenção do equilíbrio ácido-básico</p>     | <p>6. Colher sangue para gasometria</p>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Hematócrito baixo</li> <li>. Receberá papa de hemácias</li> </ul>  |
| INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA | <ul style="list-style-type: none"> <li>. 1º pós-operatório</li> <li>. Incisões cirúrgicas: torácica, punho esquerdo, região escapular direita e antebraço esquerdo</li> </ul>  | <p>Dependência parcial<br/>Supervisionar</p> | <p>Proteção da integridade de cutâneo-mucosa</p> | <p>7. Fazer curativo</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Incisões cirúrgicas com bom aspecto de cicatrização</li> <li>. Mucosas descoradas e palidez cutânea</li> <li>. Retirado dreno mediano, cateter de flebotomia e cateter arterial</li> </ul> |
| INTEGRIDADE FÍSICA         | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Sem prótese dentária</li> <li>. Entubada</li> </ul>   | <p>Dependência parcial<br/>Supervisionar</p> | <p>Manutenção integridade física</p>             | <p>8. Providenciar prótese dentária</p>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Usando prótese dentária</li> </ul>   |
| PERCEÇÃO DOLOROSA          | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Queixa de dor quando manipulada</li> </ul>  | <p>Dependência parcial<br/>Orientar</p>      | <p>Prevenção da percepção dolorosa</p>           | <p>9. Observar sensação dolorosa<br/>10. Estimular movimentação no leito</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Queixa-se de dor no membro superior esquerdo quando manipulada</li> </ul>  |

|                     | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>  | <u>DIAGNÓSTICO</u>              | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>                  | <u>PRESCRIÇÃO</u>   | <u>EVOLUÇÃO</u>  |
|---------------------|--|---------------------------------|--|---|--|
| CUIDADO CORPORAL    | . 1º pós-operatório<br>limitação física                                    | Dependência parcial<br>Ajudar   | Promoção da higiene corporal               | 10. Ajudar banho no leito   | . Higienizada  |
| MOTILIDADE          | . 1º pós-operatório  | Dependência parcial<br>Ajudar   | Promoção da motilidade                     | 11. Estimular movimentação no leito   | . Movimenta-se no leito<br>. Transportada em cadeira de rodas quando alta da UTI                           |
| NUTRIÇÃO            | . 1º pós-operatório<br>. Aceitou dieta líquida                             | Dependência parcial<br>Orientar | Estimulação da alimentação                 | 12. Estimular ingestão de alimentação   | . Aceitou a dieta  |
| ELIMINAÇÃO URINÁRIA | . Sonda vesical<br>. Bom volume urinário<br>. Urina clara e límpida        | Dependência total<br>Fazer      | Manutenção e eliminação urinária           | 13. Controlar eliminação urinária   | . Retirada sonda vesical   |
| TERAPÊUTICA         | . Introduzido manitol, lasix e cedilanid<br>. Continua solução polarizante | Dependência total<br>Fazer      | Administração da terapêutica medicamentosa | 1. Controlar sinais vitais<br>2. Registrar arritmias<br>6. Colher sangue para gasometria, hematócrito e eletrólitos | . Sinais vitais estáveis<br>. Retirada sonda vesical<br>. Hematócrito baixo<br>. Receberá papa de hemácias |

|                       | <u>HISTÓRICO-PROBLEMA</u>   | <u>DIAGNÓSTICO</u>                   | <u>PLANO ASSISTENCIAL</u>            | <u>PRESCRIÇÃO</u>   | <u>EVOLUÇÃO</u>   |
|-----------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| SONO E REPOUSO        | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Consciente</li> <li>. Períodos de sonolência</li> </ul>  | Dependência parcial<br>Orientar      | Promoção do sono e repouso           | 17. Orientar no tempo e no espaço   | . Não evoluído  |
| SEGURANÇA             | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Queixa-se de dor quando manipulada</li> <li>. Aceita a dieta</li> <li>. Atende as solicitações para colaborar no tratamento</li> <li>. Orientada no tempo e no espaço</li> </ul> | Dependência parcial<br>Orientar      | Estimulação da segurança emocional   | 9. Observar sensação dolorosa<br>14. Estimular conversação<br>17. Orientar no tempo e no espaço | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Queixa-se de dor no membro superior esquerdo quando manipulada</li> <li>. Verbaliza pouco suas preocupações</li> </ul> |
| REGULAÇÃO NEUROLÓGICA | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Consciente</li> <li>. Atende as solicitações para colaborar no tratamento</li> </ul>   | Dependência parcial<br>Supervisionar | Manutenção do equilíbrio neurológico | 15. Observar nível de consciência   | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Queixa-se de dor</li> <li>. Movimenta-se no leito</li> </ul>   |
| REGULAÇÃO TÉRMICA     | <ul style="list-style-type: none"> <li>. 1º pós-operatório</li> <li>. Sinais vitais estáveis</li> </ul>   | Dependência parcial<br>Supervisionar | Promoção da regulação térmica        | 1. Fazer controle de sinais vitais  | . Sinais vitais estáveis  |

TABELA XII - Necessidades Básicas afetadas e o Grau de Dependência de Enfermagem - Grupo Experimental B.

| NECESSIDADES BÁSICAS            | FAZER | AJUDAR | ORIENTAR | SUPERV. | TOTAL |
|---------------------------------|-------|--------|----------|---------|-------|
| 1. Terapêutica                  | 150   | -      | -        | -       | 150   |
| 2. Circulação                   | 150   | -      | -        | -       | 150   |
| 3. Equilíbrio hidroeletrolítico | 120   | 6      | -        | 24      | 150   |
| 4. Equilíbrio ácido-básico      | 117   | 4      | -        | 29      | 150   |
| 5. Cuidado corporal             | 85    | 65     | -        | -       | 150   |
| 6. Oxigenação                   | 75    | 31     | 19       | 25      | 150   |
| 7. Integridade cutâneo-mucosa   | 120   | -      | -        | 30      | 150   |
| 8. Eliminação urinária          | 74    | -      | 4        | 72      | 150   |
| 9. Regulação Neurológica        | 7     | 2      | -        | 141     | 150   |
| 10. Segurança                   | 6     | 20     | 36       | 88      | 150   |
| 11. Percepção dolorosa          | 11    | 5      | 3        | 126     | 145   |
| 12. Sono e repouso              | 1     | 35     | 11       | 90      | 137   |
| 13. Motilidade                  | 20    | 41     | 18       | 48      | 127   |
| 14. Integridade física          | 16    | 9      | 5        | 75      | 105   |
| 15. Nutrição                    | 3     | 66     | 7        | 18      | 94    |
| 16. Regulação térmica           | 38    | -      | -        | 31      | 69    |
| 17. Regulação hormonal          | 1     | -      | 1        | 2       | 4     |
| 18. Regulação imunológica       | 1     | -      | -        | -       | 1     |
| TOTAL                           | 995   | 284    | 104      | 799     | 2.182 |

As necessidades básicas de terapêutica e circulação mantiveram a dependência total da enfermagem, fazendo-se seu atendimento por ações do tipo FAZER.

As necessidades de equilíbrio hidroeletrolítico foram

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS   | CONTEÚDO  | ESTRATÉGIAS   | AVALIAÇÃO  |
|---|---|---|--|
| <p>(Continuação do objetivo 4)</p> <p>5. Assistir o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca na Unidade de Recuperação</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologia da Assistência de Enfermagem segundo WANDA HORTA.</li> <li>- "Plano Assistencial" frente aos problemas identificados em uma amostra de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca</li> </ul> | <p>rio na assistência de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo do livro-texto de WANDA HORTA: Processo de Enfermagem</li> <li>- Discussão em grupo do Plano Assistencial proposto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição das fases do processo de enfermagem proposto por HORTA</li> <li>- Aplicação de todas as fases do processo de enfermagem segundo o Plano Assistencial proposto, no mínimo para dois pacientes</li> </ul> |

---

SITUAÇÃO-PROBLEMA

JUSTIFICATIVA

---

LUZES ACESAS E AUSÊNCIA DE JANELAS

As luzes da UTI permanecem acesas continuamente dia e noite, porque a unidade sendo fechada, não tem iluminação natural

- Possibilitar observação do paciente

TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UTI

Em média 48 horas, podendo ser de 36 a 60 horas

- Tempo necessário para estabilizar os parâmetros vitais

PERMANÊNCIA SEM ROUPAS

O paciente permanece sem roupas na UTI até o momento da alta da mesma

- Facilitar acesso para prestar cuidados
- É difícil o uso de roupas pela presença de drenos, cateteres e sondas

ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

Cânula de Entubação

Tubo de borracha introduzido pela boca atingindo a traquéia, na extremidade externa adapta-se o ventilador artificial?

- Promover oxigenação
- Remover secreção pulmonar



---

INCÔMODO CAUSADO AO PACIENTE

ASSISTÊNCIA NA UTI

---

- Perda da noção dia e noite
- Dificulta sono e repouso
- Cansaço
- Solicitação para colaborar no tratamento
- Fere a intimidade do paciente
- Dor
- Não pode falar
- Sensação de ânsia de vômito
- Sensação de asfixia
- Acúmulo de saliva na boca
- Informar ao paciente dia e hora
- Manter penumbra para descanso sempre que possível
- Informar há quanto tempo está internado e quando será a data provável da alta
- Manter o paciente coberto
- Informar que será vestido no momento da alta
- Informar quanto tempo permanecerá entubado
- Medicação para dor
- Relaxamento muscular voluntário

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | CONTEÚDO   |
|--|--|
| <p>2. -- Usar aparelhos em pós-operatório de cirurgia cardíaca</p> <p>Descrever os princípios científicos envolvidos no uso de aparelhos</p> | <p>- Princípios científicos empregados no uso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardioscópio</li> <li>- marcapasso</li> <li>- cardioversor</li> <li>- transdutor de P.A.</li> <li>- balão intra-aórtico</li> <li>- desfibrilador</li> <li>- bomba de infusão</li> <li>- respiradores</li> </ul> |
| <p>3. Conhecer a fisiopatologia das doenças de válvulas cardíacas e doenças coronarianas</p>   | <p>- Fisiopatologia das valvulopatias e coronariopatias</p>  |
| <p>4. Conhecer a problemática do paciente cardíaco cirúrgico</p>   | <p>- Problemas psicológicos, sociais e de estilo de vida do paciente cardíaco</p>  |

### ESTRATÉGIAS

- Demonstração do uso dos apar  
relhos
- Manuseio dos aparelhos
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Consulta à bibliografia re  
comendada
- Correlacionar os conhecimen  
tos teóricos com a assistên  
cia de enfermagem
  
  
- Consulta à bibliografia re  
comendada
- Visita à instituição-campo-  
de-estágio para conhecer seus  
recursos
- Utilizar os dados do Históri  
co de Enfermagem Pré-Operatõ

### AVALIAÇÃO

- Presteza no manuseio dos  
aparelhos no campo de  
prática
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Apresentação de ficha re  
sumo
- Prescrição e execução dos  
cuidados de enfermagem
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Capacidade de compreensão  
da problemática do pacien  
te cardíaco cirúrgico
- Assistência ao paciente,  
respeitando tanto quanto  
possível seu estilo de vi  
da

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS  | CONTEÚDO  |
|--|---|
| <p>1. Conhecer os métodos diagnósticos utilizados em cardiologia</p> <p>a) Identificar as principais alterações eletrocardiográficas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca</p> <p>b) Descrever os objetivos, meios de realização e principais resultados dos exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecografia;</li> <li>- Vetografia;</li> <li>- Cintilografia;</li> <li>- Cateterismo cardíaco;</li> <li>- RX</li> <li>- Fonocardiografia</li> </ul> | <p>a) Eletrocardiograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- componentes do ciclo cardíaco;</li> <li>- frequência;</li> <li>- ritmo;</li> <li>- eixo;</li> <li>- hipertrofia;</li> <li>- infarto</li> </ul> <p>b) Objetivos, meios de realização e resultados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ecografia;</li> <li>- vetografia</li> <li>- cintilografia</li> <li>- cateterismo cardíaco</li> <li>- raios X</li> <li>- fono</li> </ul> |

| ESTRATÉGIAS   | AVALIAÇÃO  |
|---|--|
| <i>Aula expositiva</i>  | - Prova objetiva   |
| <i>Uso de material visual</i>   | - Interpretação de ECG na prática, identificando alterações de frequência, ritmo e infarto                               |
| <i>Estudo de texto</i>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta bibliográfica sobre os exames citados</li> <li>- Visita aos locais em que se realizam os exames</li> <li>- Discussão em grupo do material bibliográfico consultado e das observações das visitas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de fichas-resumo</li> <li>- Participação nas discussões</li> </ul> |