

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

RAILDA PEREIRA DOS SANTOS E SILVA

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS DIANTE A PREVENÇÃO DO
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

MOSSORÓ-RN
2013

RAILDA PEREIRA DOS SANTOS E SILVA

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS DIANTE A PREVENÇÃO DO
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ-RN
2013

S798a

Silva, Railda Pereira dos Santos.

Assistência dos enfermeiros diante a prevenção do tromboembolismo pulmonar/ Railda Pereira dos Santos Silva. – Mossoró, 2013.

44f.

Orientador: Prof^ª. MSc. Thiago Enggle de Araújo Alves

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Tromboembolismo Pulmonar. 2. Assistência de enfermagem. 3. Instalação de coágulos. I. Título. II. Alves, Thiago Enggle de Araújo.

CDU 616-083

RAILDA PEREIRA DOS SANTOS E SILVA

**ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS DIANTE A PREVENÇÃO DO
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

Monografia apresentada pela aluna Railda Pereira dos Santos e Silva, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE-RN)

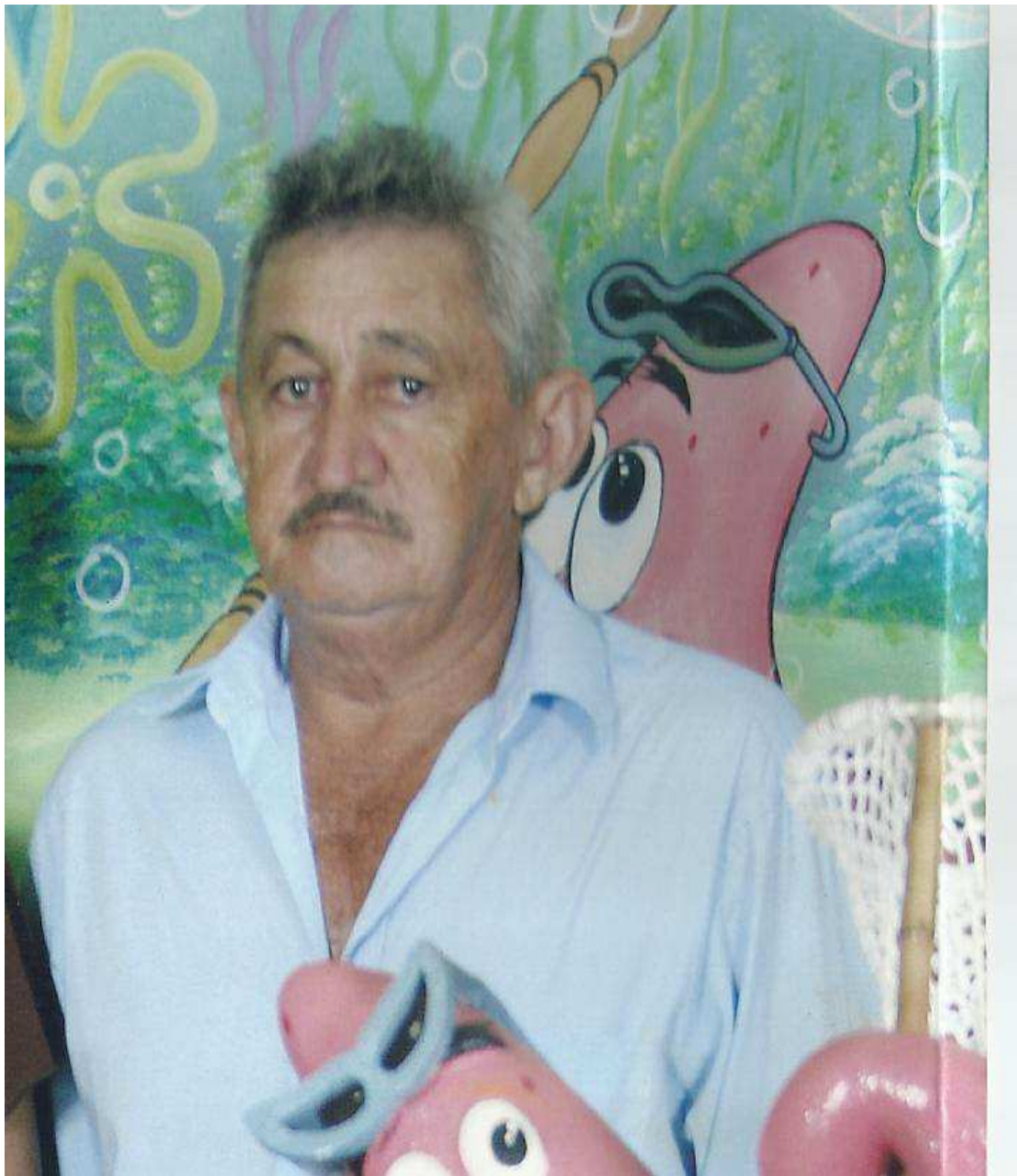
ORIENTADOR

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE-RN)

MEMBRO

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE-RN)

MEMBRO



Ao meu pai com muito amor, carinho e saudade. Dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir em minha vida a conclusão desse curso que, com sua bênção, deu-me forças, sabedoria, paciência e saúde.

Ao meu esposo que, com todas as dificuldades em nossas vidas, sempre me apoiou e esteve presente nessa trajetória que foi árdua. Das palavras de carinho, atenção, da paciência, que às vezes faltava em mim e batia o desespero com choro, você sempre me incentivou a não desistir, pela oportunidade que me deu para realizar esse grande sonho, o meu muito obrigado! Desculpa por tudo. Amo-te.

A minha mãe que lutou tanto nessa vida, que com todo seu sofrimento, sempre foi amiga, cuidadosa, dedica seu amor por mim, e sempre me deu forças para continuar e nunca desistir, desculpe-me pelas ignorâncias, que às vezes tratava a senhora mais era tudo muito pesado para mim. Amo-te demais, obrigada pela senhora ser minha mãe.

Minha vida, meu filho que amo tanto, tanto! Agradeço por você ser essa criança maravilhosa, que sem entender coisa alguma sempre me deu tanto amor, carinho e atenção, agradeço a Deus por tê-lo como meu filho, meu amor, amor eterno. Enzo Vinícius.

Ao meu orientador Mestre Thiago Enggle, pela paciência que teve para comigo, fazendo assim concretizar esse sonho, na construção dessa monografia, que tantas vezes perturbei e tirei você de seus afazeres para poder me atender. Tenho muito que agradecer pelas palavras de incentivo, quando batia o desespero, você sempre com sua calma. Saiba que admiro muito o profissional competente que é você, sempre tive a certeza que foi a melhor escolha que fiz tê-lo como meu orientador. Muito obrigado!

Agradeço ao Professor Lucidio e Professora Aninha por aceitarem participar da minha banca examinadora, tenho um enorme carinho por vocês. O que tenho a dizer é apenas meu muito obrigado.

As minhas amigas Liz e Fernanda Thamara que sempre me deu apoio nesse meu sonho, a Ricardo Figueiredo e Francisco Filho pela amizade e palavras de incentivo, e todos os demais colegas de sala que passaram esses quatro anos juntos. Meu muito obrigado!

RESUMO

O tromboembolismo pulmonar TEP é uma doença pouco diagnosticada, pelo fato de seus sinais e sintomas que apresentam não serem específicos causando assim uma demora ou diagnóstico do seu quadro clínico. O TEP consiste na obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, geralmente oriundos da circulação venosa sistêmica, com redução ou cessação do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada. Dados epidemiológicos de que dispomos são de literatura estrangeira. Estudos recentes realizado em comunidade mostraram uma incidência anual de 60-70 casos/100.000 habitantes. Objetivou-se por investigar a assistência dos enfermeiros diante da prevenção do tromboembolismo pulmonar. Ao analisar a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando à prevenção da mesma, bem como analisar a compreensão dos enfermeiros sobre o tromboembolismo pulmonar, como também descrever a assistência dos enfermeiros ao pacientes com risco de embolia pulmonar visando à prevenção da mesma. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa e foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), localizado na cidade de Mossoró-RN. A amostra foi de 15 enfermeiros. Os dados foram coletados nos meses de Agosto, Setembro e Outubro do corrente ano, levando em consideração a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 311/07. As principais ideias centrais foram: Formação e alojamento de um trombo; Cirurgias de grande porte; Pacientes restrito ao leito, acamados; Pacientes de trauma e pós-operatório; Pacientes com quadro de dispneia; Deambulação precoce; repouso no leito; Mobilização no leito e cuidados de enfermagem. Os resultados encontrados permitem considerar que grande parte dos enfermeiros possui um déficit de conhecimento sobre a referida patologia colaborando para que haja deficiência na assistência ao paciente. Diante do exposto, conclui-se que há necessidade de atendimento qualificado cientificamente, conhecimento teórico-prático na assistência para a prevenção.

Palavras-chave: Tromboembolismo Pulmonar. Assistência dos Enfermeiros. Instalação de coágulos.

ABSTRACT

Pulmonary thromboembolism PT is a disease underdiagnosed, due to the fact of their presenting signs and symptoms are not specific, thus causing a delay or a diagnosis of their clinical picture. PT consists of an acute obstruction of the pulmonary arterial circulation by the installation of blood clots, usually originating from the systemic venous circulation, with reduction or cessation of pulmonary blood flow to the affected area. Epidemiological data we have are from foreign literature. Recent studies conducted in community showed an annual incidence of 60-70 cases per 100,000 population. The objective was to investigate the assistance of the nurses on prevention of pulmonary thromboembolism. Analyzing the assistance of nurses to patients at risk for pulmonary thromboembolism to prevent it, as well analyzing nurses' understanding of pulmonary thromboembolism, but also describe the care of nurses have to patients at risk with pulmonary thromboembolism for the prevention of it. This is an exploratory, descriptive and qualitative study and it was conducted at the Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), located in Mossoró-RN. The sample consisted of 15 nurses. Data were collected in the months of August, September and October this year, taking into account Resolution 466/12 of the National Health Council and the Ethics of Professional Nursing 311/07 code. The main central ideas were: training and housing of a thrombus; Major surgery; bedridden patients, bedridden; Patients trauma and post-operative patients with signs of dyspnea, early ambulation, bed rest, and Mobilization in bed nursing care. The results allow the conclusion that most of the nurses had a deficit of knowledge about the said condition collaborating to the deficit in patient care quality. Given the above, it is concluded that there is need for scientifically qualified care, theoretical and practical knowledge in the assistance to prevent the disease.

Keywords: Pulmonary thromboembolism. Nurses assistance. Clots Installation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	8
1.2 JUSTIFICATIVA	8
1.3 HIPÓTESE	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 FISILOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	11
3.2 FISIOPATOLOGIA DO TEP	12
3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	13
3.4 HISTÓRICO E ACHADOS DIAGNÓSTICOS	14
3.5 PREVENÇÃO DO TEP	15
3.6 TRATAMENTO DO TEP.....	15
3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVER EMBOLIA PULMONAR VISANDO A PREVENÇÃO DA MESMA... ..	16
4 METODOLOGIA	19
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
4.2 LOCAL DE PESQUISA	19
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4 INSTRUMENTO	20
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	20
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	20
4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO	21
4.8 FINANCIAMENTO	21
5 ANÁLISE DE DADOS	22
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	22
5.2 DADOS REFERENTES À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO TEP.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença pouco diagnosticada, devido, ao fato dos sinais e sintomas que apresenta não serem específicos, causando assim uma demora ou diagnóstico do seu quadro clínico, apesar de existirem vários tipos de exames complementares. Alguns não são disponíveis no sistema de saúde, ocasionando assim uma lentidão no diagnóstico, tornando o aumento do número de mortalidade. Portanto, é de total importância todo empenho para diagnosticar e tratar precocemente essa doença (ALVARES; PADUA; TERRA FILHO, 2003).

O TEP consiste na obstrução aguda da circulação arterial pulmonar pela instalação de coágulos sanguíneos, geralmente, oriundos da circulação venosa sistêmica, com redução ou cessação do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada. Essas condições inter-relacionadas constituem o tromboembolismo venoso (TEV), no qual a trombose venosa profunda (TVP) é o básico e o TEP, a principal complicação aguda (BRICOLA, 2009).

Os principais dados epidemiológicos sobre TEP de que dispomos são de literatura estrangeira, principalmente norte-americana. Estudos recentes realizados em comunidades mostraram uma incidência anual de 60-70 casos/100.000 habitantes (OGER, 2000; HEIT et al, 2001). Apesar do desenvolvimento científico e tecnológico, ocorrido nas últimas três décadas, o TEP ainda é uma das principais causas diretas de óbito em indivíduos hospitalizados, além de ser a mais frequente complicação pulmonar aguda nesse grupo de pacientes. Assim, também, a frequência presumida para diagnóstico clínico de TEP, na década de 90, não foi maior do que há 20 anos (PEREIRA et al. 2007).

A mortalidade por um evento agudo ocorre, predominantemente, nas primeiras horas de instalação dos sintomas. A mortalidade, em pacientes hospitalizados, varia entre 6 e 15% (Álvares et al., 2003). O diagnóstico correto e a instituição precoce do tratamento diminuem a mortalidade (PEREIRA et al, 2007).

Diante dessa problemática chegamos a seguinte questão de pesquisa: Como se configura a assistência de enfermagem aos pacientes com risco de desenvolver embolia pulmonar visando a prevenção da mesma?

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse de realizar uma pesquisa sobre assunto surgiu com a leitura sobre a patologia, observando seus sinais e sintomas, como também o atendimento inadequado e sua prevenção, ocasionando um falso diagnóstico e conseqüentemente causando a morte. O presente estudo justifica-se por haver a necessidade de se conhecer melhor o tromboembolismo pulmonar visando um atendimento apropriado.

O desejo de satisfazer as exigências de curiosidade induziu a explorar a temática pelo fato da experiência com familiar portador do TEP, tendo desse modo uma atenção pessoal, pela carência da assistência de enfermagem.

A importância deste estudo revela-se na possibilidade de apontar melhorias para a assistência de enfermagem e produzir conhecimentos na área, para qualificar o cuidado prestado a esses pacientes.

1.3 HIPÓTESE

A possível carência de conhecimento dos profissionais de saúde diante da prevenção da embolia pulmonar pode contribuir para o aumento de casos. A assistência de enfermagem realizada apresenta algumas deficiências, principalmente no tocante a prevenção da ocorrência de TEP em pacientes com risco de desenvolvê-la.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando a prevenção da mesma.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social profissional dos enfermeiros entrevistados;
- Analisar compreensão dos enfermeiros sobre tromboembolismo pulmonar;
- Descrever a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando a prevenção da mesma.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

O sistema respiratório contém as seguintes partes: tórax, que inclui os músculos intercostais, os pulmões, o mediastino (HARRIS; TENHET, 2007). Este é um esqueleto rígido embora maleável e é importante por proteger os principais órgãos na cavidade. A flexibilidade admite a inspiração, insuflação e a expiração/desinsuflação dos pulmões (SMELTZER; BARE, 2006).

Tortora e Grabowski (2002) entendem que esse sistema consiste em: sistema respiratório superior, que envolve nariz, faringe, e estruturas associadas; e o inferior que inclui a laringe, traqueia, brônquios e pulmões.

Os músculos da ventilação que ascendem o gradil torácico são classificados como músculos inspiratórios, tendo como principal, o diafragma que é um músculo fino, em forma de cúpula, atingido pelo nervo frênico. Os intercostais externos auxiliam na inspiração. Os músculos acessórios incluem escaleno, que elevam as duas primeiras costelas, o esternocleidomastóideo eleva o esterno. Portanto os músculos que deprimem o gradil torácico são os músculos expiratórios (HARRIS; TENHET, 2007).

De acordo com Guyton (2008) os músculos da expiração são os abdominais que produzem dois modos, retraem a caixa torácica para baixo, diminuindo sua espessura, e constriem o deslocamento para cima do conteúdo abdominal, o que empurra, também para cima, o diafragma, o que diminui a dimensão vertical da cavidade pleural.

Interiormente, estão localizados os pulmões em ambos os lados do tórax, estruturas esponjosas cheias de ar que são presas ao corpo pelo ligamento pulmonar no mediastino. Este se encontra entre os dois pulmões onde há o coração, vasos sanguíneos, linfonodos, o timo, fibras nervosas e o esôfago. As paredes torácicas são revestidas por membranas pleurais (HARRIS; TENHET, 2007).

Segundo Soares, Lourenço e Moreira (2002), diz que as principais funções do sistema respiratório que só podem ser realizadas são trocas gasosas (captação de O₂ e remoção de CO₂).

Na nasofaringe é realizada a entrada de ar no trato respiratório durante a respiração normal. A orofaringe proporciona uma via alternativa, caso ocorra à obstrução da mesma, leva a cessação imediata da ventilação. A traqueia é um tubo oco que conecta a laringe aos brônquios, bronquíolos e bronquíolos terminais (HARRIS; TENHET, 2007).

As vias aéreas respiratórias incluem os bronquíolos respiratórios que formam um lóbulo que é a menor unidade funcional do pulmão, onde ocorre a troca gasosa. É constituído por uma arteríola, os capilares pulmonares e uma vênula. Os alvéolos constituem o término do trato respiratório, contendo macrófagos que realizam um papel fagocítico. Nos pulmões ocorre a circulação brônquica onde é realizada a distribuição do sangue para as vias aéreas, na circulação pulmonar desempenha a função de troca gasosa do pulmão (HARRIS; TENHET, 2007).

É um sistema com múltiplas variáveis, envolvendo alteração nas pressões e na integridade dos músculos responsivos por mover o ar para dentro e para fora dos pulmões. Difusão do oxigênio dos alvéolos para os capilares pulmonares e difusão do dióxido de carbono dos capilares para os alvéolos onde caracteriza o movimento de moléculas de uma área de alta concentração para outra de baixa concentração através da membrana alveolocapilar (HARRIS; TENHET, 2007).

O oxigênio é transportado, dissolvido no sangue e ligado a hemoglobina, onde a pressão do oxigênio no sangue arterial está no nível de oxigênio dissolvido no plasma, portanto o dióxido de carbono é transportado no sangue por dióxido de carbono dissolvido (10%), a hemoglobina (30%) e bicarbonato (60%) (HARRIS; TENHET, 2007).

3.2 FISIOPATOLOGIA DO TEP

Quando ocorre a obstrução por um trombo, total ou parcialmente, na artéria pulmonar ou seus ramos, o espaço morto alveolar é estendido. Embora a área continue a ser ventilada, obtenha pouco ou ausência de fluxo sanguíneo, a troca gasosa fica prejudicada. Ocorre a liberação de diversas substâncias desde coágulo e da área circunvizinha causando a constrição dos vasos sanguíneos regionais e dos bronquíolos, causando um aumento na resistência vascular pulmonar (SMELTZER; BARE, 2006).

A embolia gordurosa comumente é resultado de dois eventos, a liberação de ácidos graxos livres que ocasionam uma vasculite tóxica, continuado por trombose e obstrução de pequenas artérias pulmonares por placa de gordura. Já a gasosa é devido a complicação iatrogênica com várias causas envolvendo procedimentos cirúrgicos, inserção de cateteres na artéria pulmonar e cateteres venosos centrais, hemodiálise, endoscopia (KEEN; SWEARINGEN, 2005).

Moore e Dalley (2007) dizem que quando ocorre um grande embolo oclui uma artéria pulmonar, o paciente sofre angústia respiratória aguda devido a uma grande diminuição da

oxigenação sanguínea, em razão do bloqueio do fluxo sanguíneo através do pulmão. Contrariamente, o lado direito do coração pode sofrer dilatação aguda, porque a massa de sangue que chega do circuito sistêmico não pode ser compelido através do circuito pulmonar, ocasionando em qualquer caso a morte em poucos minutos.

Conseqüentemente resulta em um aumento na pressão arterial pulmonar como também no trabalho ventricular direito para sustentar o fluxo sanguíneo pulmonar. Quando o ventrículo direito excede sua capacidade acontece à insuficiência ventricular direita, ocorrendo a redução no débito cardíaco, logo depois uma queda na pressão arterial sistêmica na propagação do choque (SMELTZER; BARE, 2006).

3.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO TEP

Os sintomas do TEP resultam do trombo e da área da artéria pulmonar ocluída pelo mesmo, podendo ser inespecíficos. Os sintomas mais comuns são dispneia, taquipnéia. A intensidade da dispneia depende da dimensão da embolia, ocorrendo dor torácica súbita e pleurítica. Pode ser subesternal e mimetizar a angina de peito ou um infarto do miocárdio, podendo ocorrer ansiedade, febre, taquicardia, apreensão, tosse, sudorese, hemoptise e síncope (SMELTZER; BARE, 2006).

Na embolia maciça o grau de instabilidade hemodinâmica depende do percentual de oclusão do trato de efluxo da artéria pulmonar principal ou da bifurcação das artérias pulmonares, apresentando, cianose, inquietação, ansiedade, confusão, pele fria e pegajosa, débito urinário diminuído, dor subesternal súbita, pulso rápido e fraco, choque, síncope, e morte súbita. Podem se formar êmbolos pequenos e múltiplos, alojando-se nas arteríolas pulmonares terminais e causar múltiplos pequenos infartos dos pulmões (SMELTZER; BARE, 2006).

Pacientes com embolos pequenos a moderados apresentam dispneia, taquipnéia, taquicardia, dor torácica, febre branda, hipoxemia, apreensão, tosse, diaforese, murmúrio vesicular diminuído na área afetada, estertores e sibilos. Pode ocorrer o agravamento da hipoxemia ou hipercapnia durante ventilação espontânea, sedado em ventilação controlada, agravamento da dispnéia, uma redução na PaO₂ com doença pulmonar crônica e retenção de dióxido de carbono, elevação da temperatura inexplicável, aumento súbito da pressão da artéria pulmonar ou pressão venosa (HARRIS; TENHET, 2007).

3.4 HISTÓRICO E ACHADOS DIAGNÓSTICOS

A Embolia Pulmonar, em muitos casos, não evidencia suspeita clínica, fazendo assim o retardo do diagnóstico e da terapêutica, causando aumento da morbidade e mortalidade. (HARRIS; TENHET, 2007). Por ser de difícil diagnóstico a morte por TEP ocorre frequentemente dentro de 1 hora após o aparecimento dos sintomas, os mesmos podem variar desde poucos a intensos, proporcionando uma pesquisa para excluir outras doenças, uma dessas é a trombose venosa profunda que está associada ao desenvolvimento do TEP (SMELTZER; BARE, 2006).

Os pacientes queixam-se no início de dor ou inchaço e calor do membro proximal ou distal, descoloração da pele e distensão da veia superficial. Diante desses sintomas devem-se solicitar exames como, cintilografia de ventilação-perfusão, angiografia pulmonar, radiografia de tórax, eletrocardiograma, exames vasculares periféricos, plestismografia por impedância e análise gasométrica arterial. Diante desses exames o que pode ser mais utilizado a angiografia pulmonar, considerado o padrão máximo para o diagnóstico do TEP, permitindo a visualização das obstruções ao fluxo sanguíneo e anormalidades (SMELTZER; BARE, 2006).

De acordo com Muller e Silva (2004) o diagnóstico do TEP está fundamentado na probabilidade clínica, o uso do dímetro d e na avaliação por imagem. Nas últimas décadas estão sendo de alto índice de relevância que a tomografia computadorizada espiral tem elevada sensibilidade e especificidade de confirmação dessa patologia.

O diagnóstico do TEP na gestante é de grande complicação devido a diversidade de sintomas inerentes também no feto durante os procedimentos por imagens por o risco de TEV aumenta durante o terceiro trimestre da gestação e nas primeiras semanas após o parto, portanto caso ocorra a suspeita clínica de TEP a investigação é restringida ao mínimo a exposição fetal a radiação, caso essa investigação inicial não estiver suficiente, outros exames podem ser realizados, analisando seu risco benefício (ALVARES; PADUA; TERRA FILHO, 2003).

3.5 PREVENÇÃO DO TEP

Para pacientes com risco de embolia pulmonar é necessário evitar a trombose venosa profunda, realizando exercícios ativos com membros inferiores para impedir estase venosa, deambulação precoce e o uso de meias de compressão elástica para prevenir (SMELTZER; BARE, 2006).

Em pacientes com idade superior a 40 anos onde o estancamento do sangue é apropriado e irão submeter-se a cirurgia abdominal ou torácica eletiva devem receber a terapia com anticoagulante, observando sua dosagem, podendo ser administradas antes da cirurgia fazendo assim a diminuição do risco de trombo venoso profundo pós-operatório e TEP, o uso da heparina em doses baixas incentiva a atividade da antitrombina III. Não se recomenda o uso do anticoagulante em pacientes com sistema trombótico ativo ou aqueles que realizam cirurgia ortopédica, prostatectomia a céu aberto ou cirurgia no olho ou cérebro (SMELTZER; BARE, 2006).

Portanto, a prevenção pode ser realizada precocemente, relatando o método que se manifesta o TEP, fazendo necessário a terapia anticoagulante continuativo após a embolia pulmonar, usar a medicação prescrita obedecendo a dosagem e horário da administração, observar efeitos colaterais, realizar estratégias para que não ocorra a trombose venosa profunda e embolia pulmonar recorrente, fazendo o uso de meias de compressão elástica durante toda prescrição, não sentar com membros inferiores cruzados ou intervalos de tempo duradouro, realizar exercícios ativos, fazer ingesta de líquidos no período de viagem e no tempo quente, para evitar a hemoconcentração (SMELTZER; BARE, 2006).

É importante fazer a descrição dos sinais e sintomas do comprometimento circulatório, como dor na panturrilha ou na perna, inchaço, edema nos pés, contatar o profissional de saúde caso seja identificada a embolia pulmonar (SMELTZER; BARE, 2006).

Pacientes com embolia pulmonar maciça aguda recomenda-se a terapia trombolítica, devido quadro clínico e não estão propensos a sangramento, pode ser posto um filtro de veia cava inferior para evitar a embolia pulmonar em pacientes com contraindicação à terapia com heparina (HARRIS; TENHET, 2007).

3.6 TRATAMENTO DO TEP

O tratamento da tromboembolia pulmonar compreende dois aspectos essenciais que são: suporte hemodinâmico e ventilatório. Este é realizado de maneira sintomático, que passa por ventiloterapia e medidas de suporte hemodinâmico, no caso do tratamento definitivo a eventualidade de complicações hemorrágicas sérias consequente da utilização de hipocoagulantes e trombolíticos no pré-operatório onde obriga a alguma modificação da terapêutica usual do TEP (TAVARES; VITERBO, 2005).

Nos pacientes hipotensos pode ser realizada a administração de cristaloides, procedimento inicial utilizando aminas vasopressoras para os pacientes refratários a reposição

volêmica. Quando ocorre a hipoxemia é tratada com oxigenoterapia através de máscara facial e em casos graves a intubação orotraqueal se necessário suporte ventilatório mecânico. Os mesmos com quadro clínico instáveis devem ser tratados em Unidade de Terapia Intensiva e os estáveis em unidades intermediárias complexidade (VOLSCHAN, 2004).

De acordo com Smeltzer e Bare (2006), o tratamento do TEP é emergencial, e realizado administração de oxigênio nasal imediato, infusão intravenosa para estabelecer as vias de medicação, cintilografia de perfusão, medidas hemodinâmicas e gasométricas artérias, infusão lenta de dobutamina para tratar a hipotensão, ECG monitorado, medidas para melhorar os estados respiratórios e vascular do paciente. Terapia farmacológica com anticoagulantes, heparinas e warfarin sódico, como o tratamento cirúrgico, uma embolectomia estar indicada nos casos de TEP maciça ou instabilidade hemodinâmica ou quando contraindicação a terapia trombolítica.

3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM RISCO DE DESENVOLVER TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE ao paciente com embolia pulmonar passa pela elaboração dos diagnósticos de enfermagem a partir da coleta de dados, o planejamento da assistência e sua posterior implementação e, durante todo o processo, deve acontecer a avaliação da assistência prestada (SMELTZER; BARE, 2006).

O primeiro possível diagnóstico de enfermagem (DE) é: Ansiedade relacionada e evidenciada por alteração das condições de saúde, características cognitivas, medo de consequências inespecíficas, percepção de sintomas fisiológicos. Para esse DE existem as seguintes intervenções: Identificar a percepção do cliente quanto ameaça representada pela situação; Observar comportamentos sugestivos do nível de ansiedade; Administrar ansiolíticos, fármacos pra atenuar a ansiedade, conforme a prescrição; Fornecer informações precisas quanto à situação, isso ajuda o paciente a reconhecer o que é real; Modificar os procedimentos na medida das possibilidades (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Outro possível DE é: Dor aguda relacionada a agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos) com características de dor que não é aliviada ou aumenta além do limite de tolerância. Intervenções para esse DE: Realizar uma avaliação abrangente da dor, inclusive localização, características, início, duração, frequência, tipo, gravidade e os fatores desencadeantes ou agravantes; Avaliar a dor toda a vez em que ocorrer: Observar e investigar as alterações com relação aos relatos anteriores; Monitorar os sinais vitais; Administrar os

analgésicos prescritos até a dose máxima necessária para manter um nível tolerável de dor: Estar atento a quando a dor começa para administrar os analgésicos profilaticamente, se for necessário (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009; CARPENITO-MOYET,2009).

Existe também o DE Confusão aguda: Relacionada à dor grave com características objetivas de variações do nível de consciência, podendo ser realizada para esse DE as seguintes intervenções: Identificar os fatores presentes, inclusive uso abusivo de substâncias, história de convulsões, aplicação recente de eletroconvulsoterapia, episódios de febre, dor, infecção aguda; Monitorar os resultados laboratoriais e atentar para hipoxemia, desequilíbrios eletrolíticos, níveis de ureia, creatinina, amônia, glicose sérica, sinais de infecção e níveis dos fármacos; Avaliar o grau do distúrbio da orientação, da atenção, da capacidade de seguir instruções, de comunicar-se e a conveniência das respostas; Ajudar no tratamento do distúrbio subjacente (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Tem como DE Padrão respiratório ineficaz relacionado a dor objetivas da dispneia. Para esse DE pode ser realizada as seguintes intervenções: Auscultar o tórax e verificar a existência ou características dos sons respiratórios e a presença de secreções: Rever as radiografias de tórax conforme a necessidade, para determinar a gravidade dos distúrbios agudos ou crônicos; Administrar oxigênio na menor concentração indicada para o problema respiratório subjacente, a angústia respiratória ou a cianose; Estimular a posição de conforto, mudar com frequência a posição do cliente, caso a imobilidade seja um fator contribuinte (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009; DIAGNÓSTICOS...2010).

Faz parte o DE Hipertemia relacionado a taxa metabólica aumentada, doença ou traumatismo. Realizadas as seguintes intervenções: Identificar a causa subjacente; Monitorar a temperatura central; Avaliar a resposta neurológica, atentando para o nível de consciência e a orientação, a reação aos estímulos, a resposta das pupilas e a presença de posturas atípicas ou convulsões; Administrar antipiréticos por via oral/retal, conforme a prescrição (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009).

Outro possível DE Perfusão tissular ineficaz periférica relacionado a interrupção da circulação, para esse diagnóstico pode ser realizados as seguintes intervenções: Determinar os fatores relacionados com a situação específica, como, por exemplo, história pregressa/risco de trombose ou embolia, fraturas; Verificar se há sinais de embolia pulmonar; início súbito de dor torácica, cianose, angústia respiratória, hemoptise, sudorese, hipóxia, ansiedade e agitação; Medir o tempo de enchimento capilar, palpar os pulsos para determinar sua presença ou ausência e as características; Rever os resultados dos exames laboratoriais, exemplo:

tempo de coagulação (DOENGES; MOORHOUSE; MURR, 2009; DOCHTERMAN; BULECHEK,2008).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2010) é aquela que responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A abordagem qualitativa, conforme apresentada por Polit, Beck e Hunger (2004), contribui para subsidiar a compreensão da realidade delimitada pelos locais e sujeitos da pesquisa, buscando identificar as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo, bem como os fenômenos investigados por cada fase específica e o conteúdo geral.

O método qualitativo difere do quantitativo por não utilizar um instrumento estatístico como base do processo de análise de um problema. A abordagem qualitativa de um problema justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) de Mossoró, por ser um hospital de médio porte de urgência e emergência, com atendimento nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ortopédica, pediatria, UTI. Tomando por base o discurso e a prática dos atores sociais responsáveis, sendo estes os enfermeiros do HRTM escolhidos previamente e que se dispuserem a participar do estudo. A escolha do referente local ocorreu por ser o campo onde acontecem as práticas dos profissionais que interessam ao estudo, além de que o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 2010).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia tendo como amostra 15 enfermeiros que se dispuseram a

participar do estudo. Os critérios de escolha dos participantes são: ser enfermeiro do HRTM há mais de um ano e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão são: estar afastado da função de enfermeiro assistencial e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de roteiro de entrevistas semiestruturada, sendo este o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2013. Os participantes foram abordados sobre a pesquisa, incluindo objetivos, metodologia, riscos e benefícios e, após aceitação e assinatura do TCLE, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos mesmos e realizadas em ambiente adequado.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e as informações obtidas transcritas e submetidas à transcrição, extraindo-se de cada relato a ideia principal e suas expressões-chaves, empregando-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre.

O Discurso do Sujeito Coletivo é um discurso síntese elaborado com pedaços de discurso de sentido semelhante reunidos num só discurso (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Como forma de assegurar o anonimato dos colaboradores, foram identificados pelas letras do alfabeto.

Após a coleta das informações, ocorreu a análise dos dados conforme a literatura pertinente ao tema.

4.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 466/2012 CNS/MS. Para isso o mesmo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE sob protocolo n1270/13, CAAE:19170213.1.0000.5179.

A Resolução nº 466/2012 CNS/MS incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. BRASIL, 2012. Este estudo será desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Conforme a Resolução 311/2007 COFEN, o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007)

O estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, como exemplo constrangimento e também envolvimento emocional ou afetivo ao responder determinadas perguntas. O pesquisador procurou minimizar esses riscos criando um ambiente favorável ao desenvolvimento da entrevista. Os benefícios são: Produção de novos conhecimentos na área e qualificação da assistência de enfermagem.

4.8 FINANCIAMENTO

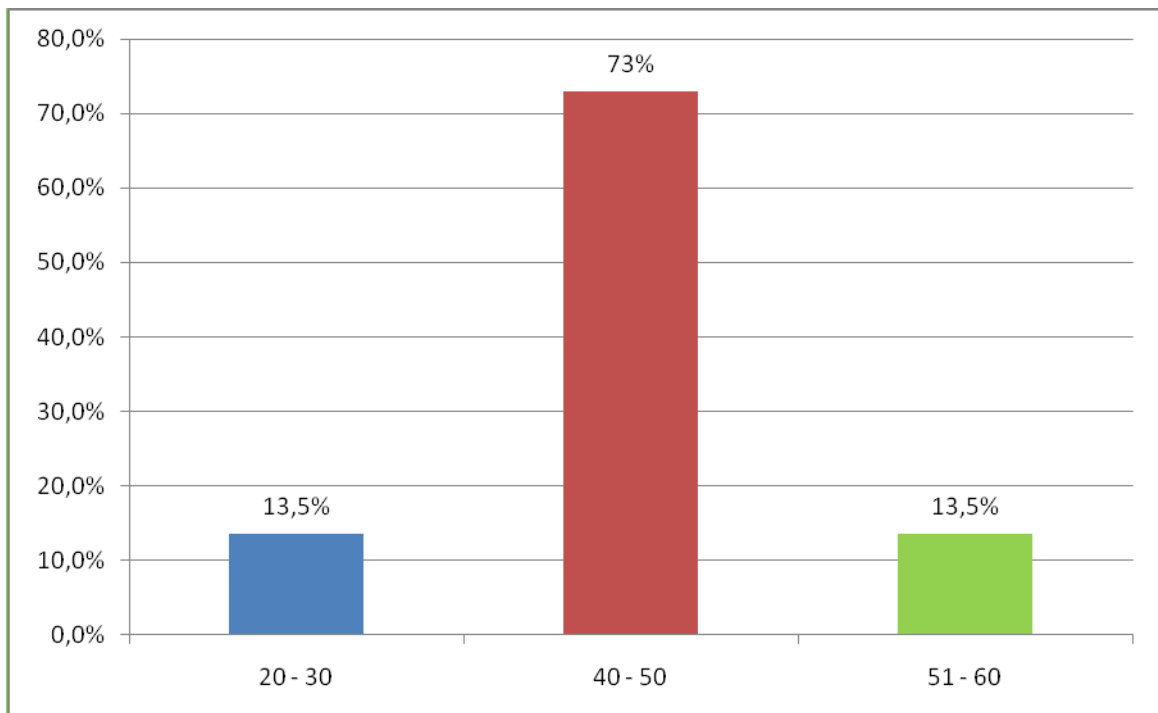
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança se responsabilizou em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa. Os dados foram divididos em duas partes. A primeira parte relacionada aos dados sociodemográficos, referentes à idade, sexo, tempo de formação e tempo de serviço e maior titulação e área de atuação. Na segunda parte será discutida a Assistência de Enfermagem na prevenção do TEP, analisados qualitativamente, através do Discurso do Sujeito Coletivo e apresentados em forma de quadros. Para garantir a anonimato dos participantes da pesquisa, foi atribuído a estes a partícula “Enf” e as letras de “A” a “P” consecutivamente, para que a análise qualitativa fosse realizada de forma fidedigna.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

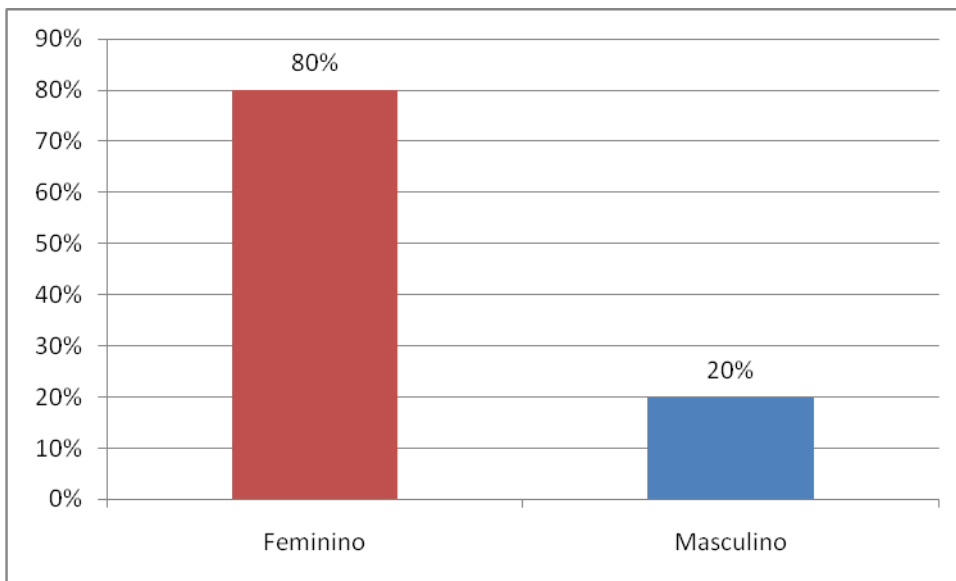
Gráfico 1. Dados relacionados à idade dos entrevistados. Mossoró/RN



Fonte: Pesquisa de campo, 2013

O gráfico 1 apresenta a faixa etária dos entrevistados que se concentrou no intervalo entre 40 a 50 anos de idade com 73% e as faixas etárias de 20 a 30 e 51 a 60 anos de tiveram equivalência de 13,5 %.

Gráfico 2. Dados relacionados ao sexo dos entrevistados. Mossoró RN

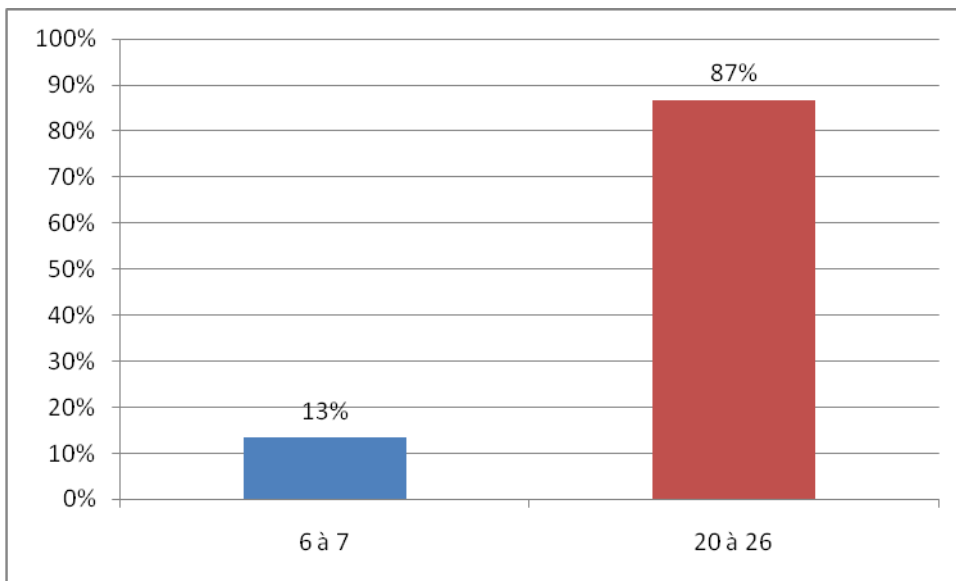


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

De acordo com o gráfico 2 é explícito a quantidade de profissionais de enfermagem incluindo enfermeiras do sexo feminino identificados por um total de 12 (80%) e apenas 3 (20%) do sexo masculino.

Foi visto que as várias esferas de competência inerentes aos trabalhos de enfermagem caracterizam bem o processo de feminilização, notório na grande maioria dos serviços de saúde. Sabe-se que o cuidar é uma das principais aptidões da enfermagem, identificado muitas vezes como uma técnica cabível as habilidades femininas, pelo fato da mulher ser vista como um ser atencioso, delicado, seguro e carinhoso, já o trabalho masculino na área da saúde deve-se a força física ou até mesmo o exercício da profissão de maneira rigorosa baseado no sexo do paciente (LOPES; LEAL 2005).

Gráfico 4. Dados relacionados ao tempo de formação dos entrevistados. Mossoró/RN

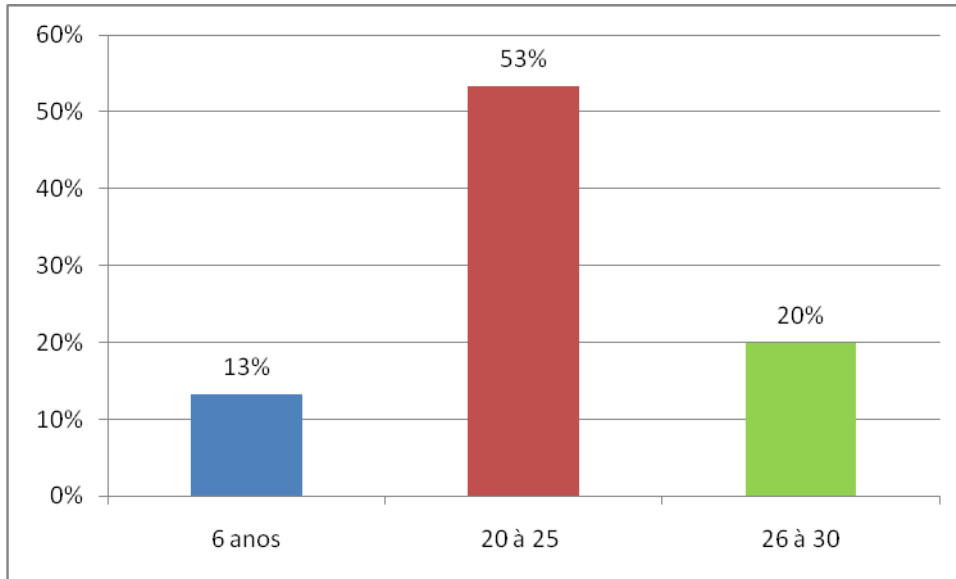


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

No que se refere ao tempo de formação dos entrevistados são formandos 6 a 7 anos, 13% (02) de 20 a 26 anos é de 87% (13).

O tempo de formação pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade. O grau de bacharel revela as aptidões e as idoneidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação em uma dada época reflete o conhecimento e a capacidade, valorizados em um determinado momento (MARTINS et al, 2006).

Gráfico 5. Dados relacionados ao tempo de serviço dos entrevistados. Mossoró/RN

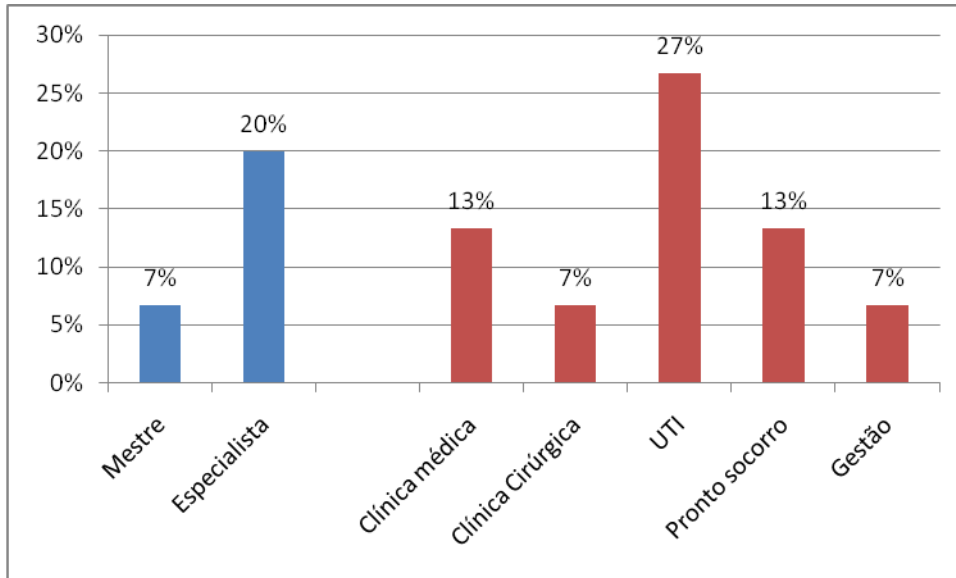


Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Como é observado no gráfico 5 os enfermeiros entrevistados possuem tempo de serviço de 6 anos 13%, 20 a 25 anos 53% e 26 a 30 anos de 20%, visto que há uma maior incidência de tempo de serviço nos enfermeiros de 20 a 25.

Conforme visto no gráfico anterior o tempo de atuação demonstra que os mesmos já possuem experiência no trabalho, uma vez que já estão a um tempo significativo trabalhando em sua área de atuação (LIMA, 2011).

Gráfico 6. Dados relacionados a maior titulação e área de atuação dos entrevistados. Mossoró/RN



Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

Observa-se no gráfico 6 uma diversidade de atuação dos enfermeiros nas áreas como clínica médica 13%, clínica cirúrgica 7%, UTI 27%, pronto socorro 13% e gestão 7%.

A porcentagem foi diminuída relacionada à maior titulação devido somente 3 dos enfermeiros entrevistados sendo mestre 7% e especialista 20% responderam sobre sua titulação.

3.7 DADOS REFERENTES A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO TEP.

A seguir serão apresentados os dados referentes as falas dos enfermeiros entrevistados sobre a assistência de enfermagem ao paciente com TEP visando a prevenção do mesmo.

QUADRO I. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente a pergunta: O que você compreende por tromboembolismo pulmonar?

Ideia Central I	Expressões-chave
-----------------	------------------

<p>Formação e Alojamento de um trombo</p>	<p>“ (...) Esse embolo ele começa a ser formado por alguma patologia, como é que posso dizer, alguma inflamação vascular, essa agregação plaquetaria a união de varias células elas se deslocam e elas começam a percorrer deixa de ser embolo para ser trombo(...)” Enf J.</p> <p>“ (...) que pode ser deslocado de qualquer outra parte do corpo(...)” Enf L.</p> <p>“(...) acontece causa irrigação do sangue uma determinada área do pulmão e vai causar exatamente a síndrome da embolia pulmonar (...)” Enf N.</p> <p>“(...) é um trombo que ele se aloja num é na no pulmão tromboembolismo pulmonar (...)” Enf O</p> <p>“(...) que se desloca que pode ser gorduroso, no caso das pessoas predispostas é um dos riscos de embolia pulmonar (...)” Enf D</p> <p>“(...) trombo de gordura caso geralmente acontece no meu entender em caso de acidente (...)” Enf F</p> <p>“(...) obstrução de algum vaso importante na irrigação pulmonar (...)” Enf P</p> <p>“(...) geralmente ele vem de uma ação geralmente de uma trombose venosa profunda (...)” Enf G</p> <p>“(...) na cavidade pulmonar(...)” Enf A</p> <p>“(...) um coágulo que ele é formado a partir de da má circulação(...)” Enf C</p>
---	---

	<p>“(…) que vai causar desconforto respiratório (…)” Enf E</p> <p>“(…) que se desloca de uma veia ele percorre a corrente sanguínea (…)” Enf H</p> <p>“(…) que se desprende da parede dos vasos e se aloja no pulmão (…)” Enf I</p> <p>“(…) que se formando na corrente sanguínea ou um trombo é que pode ser geralmente sanguíneo ou algum ateroma (…)” Enf B</p>
--	--

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Esse embolo começa a ser formado por alguma patologia, como é que posso dizer, alguma inflamação vascular, essa agregação plaquetária a união de várias células elas se deslocam e começam a percorrer deixa de ser embolo para ser trombo, pode ser deslocado de qualquer outra parte do corpo causa irrigação do sangue numa determinada área do pulmão e vai causar exatamente a síndrome da embolia pulmonar. Tromboembolismo pulmonar se desloca, pode ser gorduroso, no caso das pessoas predispostas é um dos riscos de embolia pulmonar o trombo de gordura geralmente acontece no meu entender em caso de acidente. Importante na irrigação pulmonar, geralmente ele vem de uma ação de uma trombose venosa profunda na cavidade pulmonar, um coágulo que é formado a partir da má circulação, vai causar desconforto respiratório, que se desloca de uma veia ele percorre a corrente sanguínea e se desprende da parede dos vasos e se aloja no pulmão que se formando na corrente sanguínea ou um trombo é que pode ser geralmente sanguíneo ou algum ateroma.

Após realizar as entrevistas foi visto que os enfermeiros têm certa deficiência de conhecimento sobre a pergunta realizada e a ocorrência desse tipo de patologia na prática vivenciada no seu cotidiano.

Lisboa (2008) afirma que o tromboembolismo pulmonar é a interrupção do fluxo sanguíneo pelo vaso centrípeto, resulta de trombos venosos formados nas veias profundas dos membros inferiores.

O TEP refere-se a obstrução da artéria pulmonar ou um de seus ramos por um trombo que se origina em algum local no sistema venoso ou no lado direito do coração, é geralmente causada por trombo ou coágulo sanguíneo. Existem também outros tipos de êmbolos, aéreo, gorduroso, líquido amniótico e séptico a partir da invasão bacteriana do trombo (SMETTZER; BARE, 2006).

Compreende que a TEP está relacionada a obstrução por um trombo, total ou parcial, na artéria pulmonar ou seus ramos (SMETTZER; BARE, 2006).

Deliberado pela primeira vez no século XVIII por Virchow, o tromboembolismo pulmonar, consiste na obstrução aguda da circulação venosa sistêmica, com restringimento ou cessação do fluxo sanguíneo pulmonar para a área afetada (PAULOS, 2008).

Observou-se que um dos participantes da pesquisa não expressou conhecimento sobre o TEP, dessa forma não compondo os resultados.

QUADRO 2. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Quais são os quadros propícios ao desenvolvimento do TEP?

Ideia central I	Expressões-chave
Cirurgias de grande porte	<p>“(…) Cirurgias muito longas, principalmente de câncer em que o paciente ele permanece muito tempo na cirurgia (…)” Enf J</p> <p>“(…) Os pacientes cirúrgicos eles tem uma predisposição isso é lógico (…)” Enf O</p> <p>“(…) Cirurgia que demora muito, passa muito tempo anestesiado (…)” Enf H</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Cirurgias muito longas, principalmente de câncer em que o paciente ele permanece muito tempo na cirurgia. Os pacientes cirúrgicos eles tem uma predisposição isso é lógico. Cirurgia que demora muito, passa muito tempo anestesiado.

Os entrevistados relatam um conhecimento sobre os quadros propícios sendo um deles as cirurgias de grande porte estando em risco de desenvolver o TEP. Quando ocorre o TEP em cirurgias de grande porte é imprescindível entender a fisioafecção que predispõe o paciente a desenvolver a TEP, a estase venosa, a danificação da camada íntima dos vasos e os estados de hipercoagulabilidade constituem a tríade fisiopatológica envolvida no maior risco de TEP. A posição supina da mesa de cirurgia, a localização anatômica das extremidades, o efeito da anestesia e a duração do procedimento anestésico cirúrgico contribuem para a estase venosa durante a cirurgia (LEME et al, 2011).

Em pacientes submetidos à cirurgia ortopédica de grande porte, pode ocorrer o TEP principalmente naqueles submetidos à correção de fratura de fêmur, em estudo realizado demonstrou-se que aproximadamente 60% dos casos de TEP sintomática ocorreram dentro

das primeiras 72 horas pós-operatórias, devido á lesão ao endotélio vascular e a estase venosa resultando em hipóxia endotelial, podem ativar a cascata de coagulação. A atividade fibrinolítica natural de o corpo tentar superar a formação de trombose, causada pelo trauma cirúrgico e pela estase venosa (AKPINAR et al, 2013).

Segundo Paulos (2008) o risco cirúrgico assume uma importância atendendo a que, embora o risco seja proporcional a grandiosidade da cirurgia, procedimentos simples como a artroscopia tem risco trombótico, cirurgias abdominais, as ginecológicas e as urológicas, na ausência de profilaxia também são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações como o TEP.

A partir das entrevistadas realizadas foram obtidas as seguintes respostas dos enfermeiros em relação as quadros propícios de desenvolver o TEP.

Ideia central II	Expressões-chave
Pacientes restritos ao leito, acamados.	<p>“(…) Mudança de decúbito, periodicamente em horários certos com frequência, movimentação dos membros (...)”. Enf L</p> <p>“(…) Pacientes acamados (...)” Enf M</p> <p>“(…) Fica muito tempo limitado ao leito, é déficit de circulação (...)” Enf B</p> <p>“(…) Repouso no leito é um dos fatores que faz aparecer o tromboembolismo (...)” Enf D</p> <p>“(…) Que não realizam suas atividades físicas, pessoas que são fumantes (...)” Enf N</p> <p>“(…) Pessoas que passam muito tempo sem deambular, acamada, sem atividade, fumante (...)” Enf C</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Mudança de decúbito, periodicamente em horários certos com frequência, movimentação dos membros em pacientes acamados. Fica muito tempo limitado ao leito, é

déficit de circulação. O repouso no leito é um dos fatores que faz aparecer o tromboembolismo. Que não realizam suas atividades físicas, pessoas que são fumantes, que passam muito tempo sem deambular, acamada, sem atividade.

No que diz respeito a paciente restrito no leito e acamado, os enfermeiros entrevistados foram unânimes sobre assistência e os cuidados a serem realizados ao paciente.

O tromboembolismo pulmonar pode ser uma complicação séria do paciente restrito ao leito. Diversas situações clínicas ou cirúrgicas restringem a movimentação, com perda da bomba muscular, produzindo estase venosa nos membros inferiores levando à formação de trombos. Pacientes com trombos venosos têm 50% de chance de desenvolver embolia pulmonar (ARAUJO, 2010).

Neste gráfico de ideia central III foram obtidas as seguintes respostas sobre os quadros propícios de desenvolver o TEP.

Ideia Central III	Expressões-chave
Pacientes de trauma e pós-operatório	<p>“(…) Os politrauma a gente tem muitos casos principalmente fratura de grandes ossos (…)”Enf I</p> <p>“(…) Pacientes expostos a traumas (…)” Enf P</p> <p>“(…) Imediatos ou tardios pode acontecer pacientes com fraturas nos ossos (…)” Enf A</p> <p>“(…) De trauma né são os mais propícios (…)” Enf F</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Os politraumatizados a gente tem muitos casos principalmente fratura de grandes ossos. Pacientes expostos a traumas imediatos ou tardios pode acontecer pacientes com fraturas nos ossos, são os mais propícios.

Os enfermeiros entrevistados afirmam que o paciente de trauma e pós-operatório tem uma maior incidência a desenvolver o TEP.

O traumatismo como fatores de risco para o desenvolvimento do TEP verifica-se que nos pacientes com traumatismos cranianos, traumatismos da medula espinhal, fraturas pélvicas ou tibiais a incidência destas complicações é de 50 % a 60% valor que pode ser substancialmente reduzido com a administração rotineira de profilaxia (PAULOS, 2008).

A imobilização prolongada devido a condições temporária como o período do pós-operatório, portadores de fraturas principalmente aquelas que acometem os ossos dos membros inferiores e pelve, estão associadas ao TEP, a imobilização impede a atividade muscular, prejudicando o retorno venoso (PÓVOA, 1996).

Neste quadro IV foram obtidas as seguintes respostas do enfermeiros entrevistados sobre os quadros clínicos de desenvolver o TEP.

Ideia Central IV	Expressões-chaves
Pacientes com quadro de dispneia	“(...) Desconforto respiratório severo, sudorese (...)” Enf E “(...) Pacientes que chega com dispneia, muita dor no peito (...)” Enf G

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Desconforto respiratório severo, sudorese, pacientes que chega com dispneia, muita dor no peito.

Diante do discurso dos entrevistados sobre os pacientes com quadro de dispneia, os enfermeiros relatam que é muito comum o paciente apresentar como principal sintoma do TEP.

O TEP deve ser sempre considerado quando na presença de dispneia súbita ou dor torácica pleurítica não explicada, os achados clínicos do TEP quando analisados isoladamente, não ocorrem todos com igual frequência denotando uma especificidade bastante reduzida (PAULOS, 2008).

QUADRO 3. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Descreva sua assistência de enfermagem ao paciente com risco de desenvolver o Tromboembolismo Pulmonar visando a prevenção do TEP.

Ideia central I	Expressões-chaves
Deambulação precoce	<p data-bbox="564 510 1262 544">“(…) Deambulação precoce pós-cirúrgica (…”. Enf J</p> <p data-bbox="564 618 1426 703">“(…) Movimentação no leito como mudança de decúbito (…)” Enf L</p> <p data-bbox="564 786 1433 871">“(…) Quando possível deambulamento precoce, evitar muito tempo imobilizado no leito (…)” Enf A</p> <p data-bbox="564 954 1362 1039">“(…) Uma das condutas que a gente faz é exercício ou ativar a deambulação precoce (…)” Enf C</p> <p data-bbox="564 1122 1362 1207">“(…) No pós-operatório de qualquer cirurgia em geral, a gente sempre orienta a deambulação mais precoce (…)” Enf D</p> <p data-bbox="564 1290 1238 1323">“(…) Movimenta-se para evitar o trombo (…”.Enf E</p> <p data-bbox="564 1406 1362 1536">“(…) Uma das coisas que a gente deve fazer é fazer com que o paciente não passe muito tempo deitado né, ele deambular, ele movimentar os membros (…)” Enf H</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Deambulação precoce pós-cirúrgica, movimentação no leito como mudança de decúbito, evitar muito tempo imobilizado no leito, uma das condutas que a gente faz é exercício ou ativa. No pós-operatório de qualquer cirurgia em geral, a gente sempre orienta a deambulação mais precoce, movimenta-se para evitar o trombo. Uma das coisas que a gente deve fazer é com que o paciente não passe muito tempo deitado né, ele deambular, movimentar os membros.

Os entrevistados relatam que em sua assistência de enfermagem é de total significância o paciente realizar deambulação precoce para que não ocorra o TEP.

Segundo Milani Junior e Meis, diz que estudos mostram que deambular precocemente não aumenta o risco do TEP, além disso, as heparinas de baixo peso ou os novos anticoagulantes orais serem eficazes quanto o uso da heparina convencional, não necessitando o monitoramento do paciente, restringe a necessidade de internação apenas em pacientes que apresentem complicação grave moderada ou severa. A deambulação precoce reduz a frequência de aparecimento de síndrome pós-trombótica ou reduz sua intensidade.

O quadro seguinte mostra as respostas obtidas sobre a descrição da assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de desenvolver o TEP visando a prevenção.

Ideia Central II	Expressões-Chaves
Repouso no Leito	<p>“(…) Tem que deixar o paciente em repouso absoluto no leito membros elevados (…)” Enf G</p> <p>“(…) Repouso no leito é a principal coisa que a gente tem que fazer manter o paciente em repouso (…)” Enf O</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Tem que deixar o paciente em repouso absoluto no leito, membros elevados, é o principal coisa que agente tem que fazer, manter o paciente em repouso.

Foi visto que os entrevistados tem um conhecimento inespecífico que o repouso no leito previne o TEP, pois uma das complicações seria estase venosa.

Swearingen e Keen (2009) acrescentam que imobilização prolongada significa um conjunto com o trauma cirúrgico ou não cirúrgico, carcinoma ou doença cardiopulmonar, aumentam o risco do Tromboembolismo Pulmonar a medida que o tempo de imobilização aumenta.

Portanto a estase é uma importante causa do TEP, estando o risco aumentado em situações associadas a imobilização das extremidades, paralisia, imobilização no leito. Com a imobilização na posição sentada acarreta um maior risco pronunciado que em outras posições (PAULOS, 2008).

A evolução de pacientes em repouso no leito com os mobilizados precocemente, foi observado ausência de diferença significativa no aparecimento do TEP, embora se afirme que a mobilização precoce contribuiria para a redução da progressão do trombo (PENHA et al 2009)

A partir das entrevistas realizadas foram obtidas as seguintes respostas sobre a assistência dos enfermeiros na diante a prevenção do TEP.

Ideia Central III	Expressões-Chaves
Mobilização no Leito	<p data-bbox="563 342 1206 376">“(…) A mobilização no leito adequada (…)” Enf B</p> <p data-bbox="563 454 1054 488">“(…) Mobilização no leito (…)” .Enf M</p> <p data-bbox="563 566 1230 600">“(…) Elevação da área afetada (membro) (…)” Enf I</p> <p data-bbox="563 678 1445 813">“(…) No caso elevar os membros, e também o uso de meias elásticas, principalmente naqueles pacientes que passam muito tempo acamado(…)” Enf F</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: A mobilização no leito adequada, elevação da área afetada (membro), no caso elevar os membros, e também o uso de meias elásticas, principalmente naqueles pacientes que passam muito tempo acamado.

Analisando as respostas obtidas os enfermeiros entrevistados relatam conhecimento de prevenção como a mobilização no leito.

Segundo Akpinar (2013), a movimentação precoce dos pacientes, a mobilização das pernas em pacientes acamados, o uso de meias elásticas e da compressão pneumática das pernas, são fundamentais para a prevenção.

A partir da ideia central IV e suas expressões-chaves foram obtidas as seguintes respostas sobre a assistência dos enfermeiros diante a prevenção do TEP.

Ideia central IV	Expressões-Chaves
Cuidados de enfermagem	<p data-bbox="563 1606 1445 1695">“(…) Monitorização dos sinais vitais, pra saber qualquer alteração principalmente de pressão, de padrão respiratório (…)” Enf P</p> <p data-bbox="563 1774 1445 1919">“(…) Vai permitir a ele que tenha acessibilidade de manter as vias aéreas desse paciente, colocar num oxigênio, chamar imediatamente a equipe médica (…)” Enf N</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

DSC: Monitorização dos sinais vitais, para saber qualquer alteração principalmente de pressão, de parada respiratória. Vai permitir a ele que tenha acessibilidade de manter as vias aéreas desse paciente, colocar num oxigênio, chamar exatamente a equipe médica.

De acordo com as entrevistas dos enfermeiros percebe-se que faz necessário uma atenção no que se diz respeito a realização dos cuidados de enfermagem. Foi visto que os enfermeiros entrevistados tem assistência de enfermagem na prevenção de diversas maneiras, percebendo-se que há controvérsias na assistência.

De acordo com a terceira ideia central, onde se discute os cuidados de enfermagem os entrevistados relatam que a primeira atuação seria a monitorização dos sinais vitais e permitir acessibilidade das vias aéreas. Um dos papéis principais do enfermeiro consiste em identificar os pacientes em risco de Tromboembolismo Pulmonar e tentar minimizar a ocorrência de TEP, o enfermeiro deve estar sempre atento a qualquer suspeita de TEP em qualquer tipo de paciente, mas principalmente naqueles predispostos a uma lentificação do retorno venoso (SMELTZER; BARE, 2006).

Os cuidados de enfermagem em geral consistem em medidas para melhorar os estados respiratórios e vasculares do paciente, a administração com oxigênio para corrigir a hipoxemia, aliviar a vasoconstrição vascular pulmonar e reduzir a hipertensão pulmonar. Indicar o uso de meia de compressão elástica ou dispositivo de compressão pneumática intermitente da perna diminui a estase venosa, elevar a perna do paciente também aumenta o fluxo venoso (SMELTZER; BARE, 2006).

Todo paciente de risco para TEP deve receber alguma forma de profilaxia, que pode ser realizada através de medidas farmacológicas prescritas pelo médico, não farmacológicas ou associação de ambas, como a deambulação precoce. As parturientes e os pacientes cirúrgicos devem ser estimulados a levantar do leito o mais precoce possível, dessa maneira, diminui a estase vascular, enfaixamento do membro se a condição clínica ou cirúrgica não houver contra-indicação, usar enfaixamentos, mesmo na sala de cirurgia, principalmente os portadores de varizes nos membros inferiores (MENDES 2008).

É importante elevar os pés nas camas, se não houver contra-indicação no pós-operatório deve ficar com suporte nos pés da cama, para que os membros inferiores fiquem mais elevados do que a cabeça porque esta posição determina aumento de retorno venoso. Os pacientes idosos devem ser estimulados a exercício respiratório durante todo o tempo em que estiver acamados, o que, além de evitar a estase venosa, determina também melhor ventilação pulmonar, evitando complicações no aparelho respiratório. Quando o paciente está restrito ao

leito que impede a sua movimentação ativa, deve ser mobilizado passivamente no leito, evitando a estase venosa profunda (SMELLTZER; BARE, 2006).

Devem-se estimular os exercícios ativos e passivos das pernas para prevenir a estase venosa nos pacientes em repouso no leito. Aconselhar o paciente a não ficar sentado ou deitado por períodos prolongados, e não cruzar as pernas, não vestir roupas constritivas, os pés dos pacientes devem repousar sobre o chão ou numa cadeira. Não deixar os cateteres venosos instalados no local por períodos prolongados, oferecer o posicionamento mais confortável possível para a respiração (SMELLTZER; BARE, 2006).

Fazer mudança de decúbito frequentemente para melhorar a ventilação do pulmão, administrar analgésicos prescritos para melhora da dor, ofertar oxigenoterapia continuada e observar sinais de hipóxia, monitorizar o paciente, oferecer suporte emocional melhorando a ansiedade, estar alerta quanto aos sinais de choque cardiogênico, devido ao efeito do TEP sobre o sistema cardiovascular como também a verificação de sinais vitais (SMELLTZER; BARE, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho possibilitou o aprofundamento da discussão sobre a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando à prevenção da mesma. Partindo desse princípio de que a assistência dos enfermeiros diante a prevenção do tromboembolismo pulmonar, percebe-se que necessita de profissionais capacitados e treinados onde possa estabelecer os cuidados específicos a cada paciente com base nos conhecimentos técnico-científicos, porém tomando o papel do enfermeiro de grande importância diante desta situação. Para isso é importante salientar que o profissional de enfermagem precisa ter conhecimento e competência para prestar o cuidado de maneira integral ao paciente.

Ao transcorrer da pesquisa foi observada certa limitação ou insegurança por parte dos entrevistados ao responder o roteiro de entrevista. Acreditamos que ainda necessita de preparo, conhecimento científico e prático sobre os cuidados ao paciente para a prevenção do TEP.

Perante os objetivos propostos pela pesquisa os mesmos foram alcançados, foi de grande aprendizado para a vida acadêmica e futura enfermeira, pois foi observado como é o conhecimento da assistência dos enfermeiros diante a prevenção do TEP. Dessa forma percebeu-se a carência dos profissionais diante da assistência de enfermagem do TEP, confirmando assim a hipótese proposta.

Desta forma, esperamos que essa pesquisa seja relevante para o profissional da saúde, paciente e a sociedade, que abram caminhos para outras pesquisas, e que possa melhorar, capacitar à equipe de enfermagem não apenas o interesse, mas o compromisso com o paciente de prevenir ou amenizar o sofrimento e o sofrimento dos familiares com a preocupação do seu ente querido. Podendo aumentar as publicações científicas pelos enfermeiros que tanto vem contribuindo para o conhecimento e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVARES, Flávia; PADUA, Adriana, Ignácio; TERRA Filho, João. Tromboembolismo Pulmonar: Diagnostico e tratamento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.214-240, abr./dez. 2003.

AKPINAR, Evrim Eylem et al. A Trombopprofilaxia evita o tromboembolismo venoso após cirurgia ortopédica de grande porte. **J.Bras Pneumal.** , V.39, N.3, P.280-286, 2013.

ARAUJO, Amaro Eduardo Tavares. **Atuação da Fisioterapia Motora no Sistema Musculoesquelético e na independência funcional dos pacientes em UTI.** 21 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em fisioterapia em terapia intensiva)-Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, 2010.

BRICOLA, Solange Aparecida Petilo de Carvalho. **Avaliação dos fatores associados a tromboembolismo pulmonar (TEP) em uma serie de autopsias de dez anos.** 105 f. Tese (Doutorado em Ciência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 11.ed. São Paulo: Artmed, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.466 de 2012. **Apresenta o código de ética dos profissionais de enfermagem.** 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 7 jun.2013.

COSTA, Valeria Catelli Infantozzi. **Anatomia Geral Humana: Apostila para fins didáticos.** Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www.slideshare.net/projetacursosba/apostila-de-anatomia-humana-produo-independente-8629502> Acesso em: 07 Jun. 2013.

DIAGNÓSTICOS de enfermagem da Nanda: Definições e classificação, 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOENGES, Marilynn E; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. **Diagnósticos de enfermagem: Intervenções, Prioridades, fundamentos.** Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GUYTON, A. **Fisiologia Humana.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

HARRIS, Colonel Janet R; TENHET, Lieutenant Colonel Mary E. Distúrbios Respiratórios Comuns. In: MORTON, Patrícia Gonce et al. **Cuidados críticos de enfermagem: Uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. V.46, N.3,p.238-46, 2011.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa** 2. ed. Caxias do Sul: 2005.

LEME, Luiz Eugenio Garcez et al. Cirurgia ortopédica em idosos: Aspectos clínicos. **Rev. Bras. Ortop.** ,

LIMA, T. A.B. **Trabalho em equipe**: avaliando as práticas profissionais exercidas em uma estratégia saúde da família do município de Mossoró-RN. 54f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem nova Esperança de Mossoró, 2011.

LOPES, M.J.M; LEAL, S.M.C. Feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Caderno Pagu** . Janeiro-Junho de 2005, p.105-125.

MARTINZ, C.et al. **Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento e de competências profissional**. Florianópolis, 2006.

MENDES, Leonardo Cesar. **Importância da Profilaxia da Trombose Venosa em Pacientes Hospitalizados**.24f.**Trabalho** de conclusão de curso (Especialização em aplicações complementares as Ciências Militares-Escola de saúde do exercito, Rio de janeiro,2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

MILANI JUNIOR, Rodolfo; MEIS Rodolfo. **Epidemiologia e complicações da trombose Venosa Profunda**. São Paulo:Ed.Gen,2012.

MULLER, Nestor L. SILVA C. Isabela. Diagnósticos por imagem do tromboembolismo pulmonar agudo. **J. Bras Pneumol**, v.30, n.5,p.474-9,2204.

PAULOS, Ligia Marisa Pereira. **Abordagem Diagnostica, Terapêutica e Preventiva do Doente com Tromboembolismo Pulmonar a proposito de um Caso clinico**.219f.Dissertação (Mestrado em medicina)-Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, 2008.

PENHA, Geane de Souza et al. Mobilização precoce na fase aguda da trombose venosa profunda de membros inferiores. **Jornal Vascular Brasileiro** . , V.8, N.1, Jan-Mar 2009.

PEREIRA, Eanes Delgado Barros et al. Importância do tratamento empírico na embolia pulmonar. **Revista eletrônica pesquisa médica**, v. 1, n.3, jul/set, 2007.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PÓVOA, Rui.Tromboembolismo Pulmonar. Quadro Clinico e Diagnostico. **Arq Bras. Cardiol**, V.67, N.3, 1996.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOARES, Susana; LOURENCO, Andre; MOREIRA, Adelino leite. **Fisiologia pulmonar**: Texto de apoio. Porto, 2002. Disponível em: http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/pulmonr/FisiolPulm.pdf Acesso em: 07 Jun. 2013.

SWEARINGEN, PAMELA L.; KEEN JANET HICKS. **Manual de Enfermagem no Cuidado Crítico**: Intervenções em enfermagem e problemas colaborativos.4.ed.Porto Alegre: Artmed, 2006.

TAVARES, Joana; VITERBO, Joao F. Profilaxia e Tratamento da trombo-embolia pulmonar pré-operatória. **Acta med port**, v.18, p. 209-220, 2005.

TORTORA, Gerard. J; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VOLSHAN, Andre. **Diretriz de embolia pulmonar**. 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-82X2004002000001&script=sci_arttext
Acesso em: 04 maio 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Thiago Enggle de Araújo Alves, pesquisador e professor no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. Eu, Railda Pereira dos Santos e Silva, aluna do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró estou desenvolvendo uma pesquisa com o título “Assistência dos enfermeiros diante a prevenção do tromboembolismo pulmonar”. Tem-se como objetivo geral: Analisar a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando a prevenção da mesma e como objetivos específicos: Caracterizar a situação social profissional dos enfermeiros entrevistados; Analisar compreensão dos enfermeiros sobre tromboembolismo pulmonar; Descrever a assistência dos enfermeiros aos pacientes com risco de embolia pulmonar visando a prevenção da mesma. O presente estudo justifica-se por haver a necessidade de se conhecer melhor o tromboembolismo pulmonar visando um atendimento apropriado.

O desejo de satisfazer as exigências de curiosidade induziu a explorar a temática pelo fato da experiência com familiar portador TEP, tendo desse modo uma atenção pessoal, pela carência da assistência de enfermagem.

A importância deste estudo revela-se na possibilidade de apontar melhorias para a assistência de enfermagem e produzir conhecimentos na área, para qualificar o cuidado prestado a esses pacientes.

Convidamos o (a) senhor (a) para participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados Assistência dos enfermeiros diante a prevenção do tromboembolismo pulmonar

Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos como exemplo constrangimento e também envolvimento emocional ou afetivo ao responder determinadas perguntas. O pesquisador minimizará esses riscos criando um ambiente favorável

ao desenvolvimento da entrevista, os benefícios superarão esse(s) risco(s). BENEFÍCIOS: Os benefícios são: Produção de novos conhecimentos na área e qualificação da assistência de enfermagem.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo (a) pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O (A) pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹.

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a(s) página(s) anterior (es) e assinada à última por mim e pelo (a) pesquisador (a) responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (a) pesquisador (a) responsável.

Mossoró, 04 de Julho de 2013

Thiago Enggle de Araujo Alves²
Pesquisador (a) responsável

¹ Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

² ¹Endereço residencial do (a) pesquisador (a) responsável: Av. Presidente Costa e Silva 943 Abolição IV
Mossoró RN

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Parte 1-Característica da amostra:

Idade: _____

Sexo: () masculino () Feminino

Tempo de Formação: _____

Tempo serviço: _____

Maior titulação e área de atuação: _____

Parte 2 – Assistência de enfermagem na prevenção do TEP

- 1- O que você compreende por tromboembolismo pulmonar?
- 2- Quais são os quadros clínicos propícios ao desenvolvimento do TEP?
- 3- Descreva sua assistência de enfermagem ao paciente com risco de desenvolver o Tromboembolismo pulmonar visando a prevenção do TEP.

ANEXO