

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

SAMARA QUEIROZ FERNANDES COELHO

**REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: Atuação do enfermeiro da
Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-
operatórias**

MOSSORÓ

2010

SAMARA QUEIROZ FERNANDES COELHO

**REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: Atuação do enfermeiro da
Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-
operatórias**

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

Orientador: Prof. Ms. Johny Carlos de Queiroz

MOSSORÓ

2010

C62r Coelho, Samara Queiroz Fernandes.

Revascularização miocárdica: atuação do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias/ Samara Queiroz Fernandes Coelho. – Mossoró, 2010.

50f.

Orientador: Prof. MS. Johny Carlos de Queiroz. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

Enfermagem - reabilitação. 2.
Revascularização miocárdica. 3. Pós- operatório.
I. Título.

CDU 616-083

SAMARA QUEIROZ FERNANDES COELHO

**REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: Atuação do enfermeiro da Unidade de
Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias**

Monografia apresentada pela aluna Samara Queiroz Fernandes Coelho, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: _____ de _____ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Johny Carlos de Queiroz (FACENE/RN)

Orientador

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

Examinador

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

Examinadora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2 PROBLEMÁTICA	11
1.3 JUSTIFICATIVA	12
1.4 PRESSUPOSTO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 PERCURSO METODOLÓGICO	15
3.1 TIPO DE PESQUISA	15
3.2 LOCAL DA PESQUISA	15
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	17
3.5 COLETA DE DADOS	17
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	17
3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1 PROCESSO HISTÓRICO – EVOLUTIVO DA CIRURGIA CARDÍACA	20
4.1.1 FATORES DE RISCO DA CIRURGIA CARDÍACA	22
4.1.2 REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	22
4.2 REALIDADE FÍSICO-EMOCIONAL DO USUÁRIO FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS DOS DIREITOS/DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	23
4.3 IMPORTÂNCIA DO DESEMPENHO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	26
4.3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	27
4.3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)	28
5 ANÁLISE E RESULTADOS	30
5.1 CONDUTAS IMEDIATAS DO ENFERMEIRO NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UTI PÓS RVM	30
5.2 CONDUTAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	35
5.3 CONDUTAS DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO PACIENTE REVASCULARIZADO	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
APÊNDICES	48
ANEXO	51

DEDICATÓRIA

Em especial, aos meus pais, **Sérgio Coelho**, por admirar veemente seu vasto conhecimento de vida e por me ensinar a sempre batalhar pelo que almejo em meus devaneios, em busca de torná-los realidade e **Jaete Carlos**, por ter me dado a vida, por sua dedicação e confiança no meu potencial, sempre buscando o melhor para mim. Aos dois, o amor incondicional a qual eu devoto;

Aos meus irmãos, **Laplace Neto**, que apesar da distância, muito admiro a sua dedicação à nossa família e competência profissional e **João Victor**, pela união, companheirismo e, principalmente, por me ouvir e fazer parte das minhas alegrias e tristezas;

A minha segunda mãe e avó, **Joana D'Arc Fernandes**, com a sua sapiência, criatividade e experiências de vida, espelham-me a ir além, sempre na busca da valorização das oportunidades que nos é oferecida pela vida. Ao meu avô, **Laplace Rosado Coelho**, que hoje habita a casa do Senhor, por proporcionar momentos de descontração com suas brincadeiras que faziam a todos chorarem de tanto rir;

A meus avós maternos, **João Batista e Francisca Carlos**, pelo carinho com que me recebem sempre em sua casa, reunindo e acolhendo toda a família aos muitos domingos;

Ao meu orientador e tio, **Johny Carlos**, pelo profissionalismo, competência, dedicação e paciência que teve no decorrer de toda a elaboração desta monografia, sempre disposto a me ajudar em qualquer ocasião.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a **Deus Pai**, por minha existência e por confiar a mim a missão de salvar vidas;

A minha grande amiga, **Suely Gurgel**, pelos muitos bons momentos que vivemos durante a vida acadêmica, pelos muitos que ainda viveremos e por me mostrar o valor e o significado de uma verdadeira amizade;

Ao meu exemplo, **Ana Cristina Arrais**, sempre disposta a responder às minhas indagações, dentro e fora de sala de aula, como professora e amiga. A ela agradeço por me ensinar, aconselhar e por fazer parte das várias páginas do meu livro da vida;

Aos **Mestres da Facene**, sem exceções, meus sinceros agradecimentos. Acredito no ditado de Antoine de Saint-Exupéry que cita: *“As pessoas que passam por nós, nunca vão sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós”*;

*“Há quem diga que todas as noites são de sonhos.
Mas há também quem garanta que nem todas, só as de verão.
Mas no fundo isso não tem muita importância.
O que interessa mesmo não são as noites em si, são os sonhos.
Sonhos que o homem sonha sempre. Em todos os lugares, em todas as
épocas do ano, dormindo ou acordado.”*

(Shakespeare)

RESUMO

Com a evolução das ciências no decorrer dos séculos, muitas transformações aconteceram na vida da humanidade, enquanto nos primórdios se contrariava a idéia sobre qualquer alteração que se fizesse no corpo humano, pensamento esse alicerçado pela mistificação da inviolabilidade. No decorrer dos tempos, a ciência avança e quebra o vínculo com essa concepção. Na modernidade, ante os constantes avanços científicos e tecnológicos, a medicina faz suas descobertas em relação à preservação da vida do ser humano, podendo-se fazer uma referência à Cirurgia de Revascularização Miocárdica. A cirurgia cardíaca, no decorrer dos tempos, no Brasil e no mundo, passou a ter uma importância ímpar no ramo das doenças cardiovasculares. Nessa nova era, a relação dos fundamentos teóricos com a prática profissional, têm revelado a necessidade entre estilo de vida e a Revascularização miocárdica. Apesar de tantas mudanças na área da ciência e da medicina, ainda existe a probabilidade de evolução das complicações. Neste contexto, o enfermeiro deverá estar habilitado e capaz de detectar essas alterações, buscando em suas condutas, proporcionar a recuperação e reabilitação do usuário revascularizado, que se encontra em pós-operatório, no leito de uma UTI. Este trabalho de pesquisa tem como objetivo analisar a compreensão ética e técnico-profissional dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva como agentes de detecção de complicações pós-operatórias em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica e identificar as condutas imediatas deste na admissão do usuário na UTI, na prevenção das complicações que possam surgir e na reabilitação deste até a alta hospitalar. A investigação sobre o objeto de estudo foi instrumentalizada através da pesquisa de campo, utilizando-se da técnica da entrevista semi-estruturada, de caráter exploratório, de abordagem qualitativa, tendo como fundamentação basilar as teorias de diversos autores que esclarecem e explicam a realidade empírica. Diante dos resultados, destaca-se a corroboração dos pensamentos dos sujeitos da pesquisa, relacionados de forma direta e indireta as reflexões teóricas dos autores citados na pesquisa, direcionadas ao processo de humanização nas condutas dos profissionais enfermeiros, constatando a consciência dos profissionais sobre a importância de condutas éticas e técnico-profissional, com o objetivo de garantir a integridade do usuário revascularizado. Como conclusão, de acordo com o pensar dos sujeitos, fundamentados nas teorias dos autores citados, houve uma confirmação tácita, vivida, constatada e conclusiva pela prática profissional de cada um, mediante os depoimentos dados de que o usuário deve ser atendido dignamente desde o momento de sua chegada na UTI, no percurso do tratamento adequado, até o momento da alta hospitalar, dando ênfase ao cuidado integral-usuário/família, não atentando somente para a tecnicidade dos resultados visualizados nos aparelhos, mas aproximando-se do usuário para sua maior segurança, minimizando suas dores no âmbito do desconhecido.

Palavras-chaves: Revascularização Miocárdica. Enfermagem. Reabilitação.

ABSTRACT

With the sciences evolutions during the following centuries, a lot of transformations were happening in the humanity's life, while in the beginnings contrary the idea about any modification that has been made on human body, this thinking supported by mystification of the inviolability. On course of the times, the science moves forward and breaks the link with this conception. On modernity, before the persistent scientific and technologic advanced, medicine does your discovery in related to preservation of the human's life and it can be made a reference Cardiac Bypass Surgery. The cardiac surgery, on course of the times, in Brazil and around the world, it now has a unique importance on trade of cardiovascular diseases. In this new age, the relation of theoretical fundamentals with the professional practice, it has revealed the necessity between life style and Myocardial Revascularization. Despite of so many changes, on science area and medicine still exists the probability of evolution of complications. This context, the nurse should be qualified and capable to detect these alterations, seeking in his conduct, provide the recovery and rehabilitation of revascularized user, who has been on postoperative in a CTI bed. The goals of this searching work to analyze the ethic comprehension and technical professional of the nurses who work in intensive care unit as detection agents of postoperative complications in submitted users myocardial revascularization surgery and identify his immediate measures in CTI user admission, in prevention of complications that can appear and about his rehab until the discharge from hospital. Research about the subject of study was made by through the field searching, using the interview technique almost done, in an exploratory way, of qualitative approach, as statements of reasons basic of various authors who clarify and explain the empiric reality. Before results, stands the confirmation thinking of people's searching, related direct and indirectly theoretical considerations of the authors cited in the survey, directed to the humanization process on nurses' behavior noting the professional's consciousness about the importance of ducts and technical professional ethics, with an object to ensure the integrity of the cardiac bypass operation user. In conclusion, according to think of people, reasoned on theory of cited authors, there was a confirmation tacit, lived, found and conclusive by practice professional each one, interim the statements taken that the user must be met worthily since the moment his arrived in CTI, on course appropriate treatment, until the moment of discharge, giving some emphasis to user full family care but it's not paying attention only for technicality of results displayed on appliances, but it's bringing near from user to his better security, minimizing his pains, unknown ambit.

Key words: Cardiac bypass .Nursing. Rehab

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Nos últimos séculos da história do Brasil e do mundo, os avanços dos fundamentos científicos e tecnológicos das ciências têm contribuído para ampliar as dimensões dos níveis do conhecimento humano, sendo responsável pelos extraordinários progressos alcançados pelas mais diversas áreas das sociedades modernas, fatores esses que permeiam a construção do processo evolutivo-histórico, de todos os setores da vida humana. Nesse dimensional plano do conhecimento, insere-se e destaca-se a ciência da medicina que outorga para seu universo específico, a efetivação e concretização de momentos de grandes descobertas e de investimentos que se destinam à prevenção, preservação e a melhoria da qualidade de vida do ser humano.

Os novos e constantes avanços científicos e tecnológicos da medicina, como os modernos instrumentos de uso, os medicamentos aplicados e os sofisticados exames têm proporcionado tratamentos eficazes, junto às necessidades do ser humano, obtendo, não só a prevenção quanto à cura de doenças antes consideradas irremediáveis, destacando-se entre tantas, as *cardiovasculares*. Esse tipo de patologia, desde os primórdios da história da medicina, foi considerado como verdadeiro tabu a partir do mito de que o coração (órgão cardíaco) era intocável, assim como, qualquer outro procedimento invasivo que alterasse a estrutura física do corpo humano.

No decorrer dos tempos, esse tipo de pensamento vai se modificando e, contraditoriamente, os resultados das transformações técnico-científicas da ciência médica passam a criar novos procedimentos, altamente sofisticados, como são atestadas as intervenções cirúrgicas cardíacas destacando-se às de grande porte como a Revascularização Miocárdica (RVM), considerada como um grande benefício para a vida dos seres humanos, contribuindo, sobremaneira, para a garantia da longevidade.

A modernização da medicina só será plenamente justificada se estiver aliada à ética, ao conhecimento, à humanização dos compromissos e às atitudes

dos profissionais da saúde, condicionando-se assim, a uma efetiva e digna condição da melhoria da saúde e da qualidade de vida do ser humano.

Mesmo considerando-se o enlace entre o saber e o dever do profissional da enfermagem associados aos valores humanos, fundamentais, mesmo considerando-se os avanços da medicina, das inovações das técnicas e a capacidade que a equipe multiprofissional da saúde tem para oferecer, os usuários submetidos à revascularização miocárdica estão susceptíveis às mais diversas complicações no período pós-operatório, citando-se, além de outras, as complicações renais, respiratórias, neurológicas, cardíacas e gastrintestinais.

No emaranhado das transformações ocorridas no mundo da medicina, o profissional da enfermagem, em especial o enfermeiro, deverá ser capaz de definir sua identidade humana à base do poder-ser, na perspectiva de proporcionar um relacionamento mais humano-ético, junto ao usuário, mediante um devir necessário frente às situações emergenciais que possam ser originadas no período pós-operatório da revascularização miocárdica.

1.2 PROBLEMÁTICA

O enfermeiro frente aos riscos das diversas complicações que possam ocorrer no pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica durante a permanência do usuário na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não só deve estar habilitado e capaz de detectar precocemente qualquer sinal de alteração, como também atento, para assim, promover cuidados intensivos, contínuos e de qualidade durante as vinte e quatro horas desse tipo de atendimento.

Mediante o liame que cristaliza o enlace saber e dever, o enfermeiro deverá ter a consciência de que o usuário é singular, priorizando uma aproximação mais efetiva, acolhendo-o de forma humana e ética em todo período pós-operatório, procurando conhecer sua história, prezando sua religião, seu estado emocional e psicológico, fornecendo sempre orientações à família e prestando a assistência devida com o objetivo de favorecer à sua reabilitação até o momento da alta hospitalar.

Tendo como base a evidência dos fatos constatados pelas possíveis complicações ocorrentes no pós-operatório de cirurgias cardiovasculares, numa UTI, pode-se fazer a seguinte indagação: Quais condutas o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva deve assumir para prevenir e as complicações evidenciadas nos usuários submetidos à revascularização miocárdica?

1.3 JUSTIFICATIVA

A necessidade de se investigar o procedimento ético e técnico do enfermeiro da UTI no processo das ocorrências do pós-operatório de revascularização miocárdica se torna uma busca de suma importância, passando a ser uma habilidade para prever e predizer sobre o nível de qualificação que se dá entre o saber e o dever desse profissional (práxis), no enfrentamento das complicações e quanto às ações preventivas a serem tomadas junto ao usuário.

O agir profissional do enfermeiro, principal agente de atuação da intervenção junto aos usuários da UTI, deve ser um fator de garantia da manutenção dos procedimentos adequados, frente à emergência de uma significativa série de sinais de desestabilização física e emocional, o que concorre para manter a necessidade imperativa da sobrevivência.

A base de uma experiência da práxis profissional no cotidiano do aprendizado como estagiária de enfermagem, na UTI adulto da Casa de Saúde Dix-sept Rosado (CSDR), muitas indagações foram suscitadas no decurso das ações no qual a ciência acontece como uma atividade humana, cujo desejo do observador/pesquisador é a curiosidade de saber sobre as questões que circunscrevem o problema em questão.

Portanto, o cotidiano de uma UTI durante todo o processo das intervenções de profissionais da área, especialmente o enfermeiro, exige, de forma constante, determinadas explicações necessárias às devidas respostas a ser dadas, sempre propondo-se determinadas reformulações sobre a situação vivenciada frente a outras circunstâncias ocorridas nesse universo.

Devido à importância do assunto, acredita-se também que, para os enfermeiros sujeitos da pesquisa, agentes do local de atuação, essa investigação

passa a ter um significado relevante, já que as explicações sobre o agir ético e técnico-profissional decorrem dos resultados das experiências à base do procedimento científico, cujas reformulações nas intervenções possam ser aceitas ou não e, simultaneamente aproveitadas como critérios de validação das explicações pertinentes ao processo.

1.4 PRESSUPOSTO

De acordo com a proximidade do problema a ser pesquisado, levanta-se como pressuposto a idéia de que o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva que atende ao usuário no pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica deve ter como princípio ético-profissional, na relação do saber e dever, a consciência de sua capacidade técnica e humana, comprometida com essa problemática.

2.1 GERAL

Analisar a compreensão ética e técnico-profissional dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva como agentes de detecção de complicações pós-operatórias em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar as condutas tomadas pelo enfermeiro em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica;

Analisar a conduta dos enfermeiros na prevenção das complicações pós-operatória em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica;

Averiguar a conduta dos enfermeiros frente à reabilitação e no bem-estar de usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A investigação sobre o objeto de estudo foi instrumentalizada pela pesquisa de campo de caráter exploratório, de abordagem qualitativa tendo como fundamentação basilar os argumentos teóricos conceituados por GIL e MINAYO.

A pesquisa exploratória,

tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2006, p.41).

A pesquisa qualitativa,

(...) 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, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não, podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p.21).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na UTI da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado (CSDR), localizada na cidade de Mossoró/RN, universo de atuação da experiência profissional, enquanto estagiária, durante o período de um ano e dez meses, cuja estratégia de ação foi toda montada de acordo com a facilidade de acesso no ambiente de trabalho e junto aos sujeitos da pesquisa – os profissionais da enfermagem.

A UTI devidamente aparelhada localiza-se no andar térreo da Casa de Saúde e situa-se próximo aos setores de Hemodinâmica, Esterilização, Unidade Coronariana e Centro Cirúrgico. Com instrumentos de alta tecnologia, contempla, para internações, 06 leitos equipados com monitores cardíacos, cama projetada, oximetria de pulso e rede de gases, para atender com exclusividade às

necessidades de cada interno, portador de necessidades especiais, como as doenças graves e, também, os que se encontram no estágio do pós-operatório.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é composta por 04 enfermeiros efetivos da CSDR, sendo essa amostra, considerada significativa em relação ao número e tipo de informantes qualificados, para a abordagem, por atuarem na unidade e pela capacidade da precisão e conhecimento da realidade, proporcionando assim, informações reais à base de toda experiência profissional exercida no cotidiano, na relação com o usuário.

Os sujeitos da pesquisa não foram selecionados por critérios estatísticos, o que não garante a aleatoriedade, isso significando que todos os elementos do universo tiveram a mesma probabilidade de serem escolhidos.

A representação da amostra escolhida entre os enfermeiros da UTI da CSDR tem sua relevância para melhor compreensão do objeto de pesquisa, isso se considerando na ordem prática da questão, determinadas facilidades de acesso tanto ao local das ocorrências, como também, sobre a probabilidade do envolvimento e interesse do sujeito com a problemática.

Como critérios de inclusão foram elencados o tempo de experiência profissional superior a seis meses em atuação na UTI, como também, ser funcionário efetivo da instituição. Como critérios de exclusão, relacionou-se o tempo de experiência profissional inferior a seis meses, profissionais em gozo de férias, licença médica e/ou maternidade em especial, e àqueles que, por vontade própria, recusarem-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, desta forma, não participando da pesquisa.

Ao citar os participantes da pesquisa neste trabalho, foram utilizados codinomes para a melhor identificação dos sujeitos, bem como, a determinação do sigilo imposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi instrumentalizada pela técnica da entrevista semi-estruturada de abordagem individual, formatada por um roteiro, dirigida a cada enfermeiro envolvido com o tipo de atendimento médico-hospitalar (ambiente da realidade empírica) à base da apreensão do ambiente, da dimensão do objeto de investigação e do tempo previsto.

O roteiro da entrevista, em função de efetivar a investigação sobre o objeto de estudo foi baseado essencialmente, nas informações empíricas vivenciadas pela experiência pessoal, pela aproximação e pelo aprofundamento e curiosidade sobre o tema em tela, através do estudo e da pesquisa bibliográfica e documental, além, de leituras complementares de livros, revistas, artigos e periódicos especializados.

3.5 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE-PB, é que foi inicializada, na própria UTI da CSDR com data prevista para o período de 28/09/2010 a 18/10/2010 uma abordagem prévia para se saber sobre o consentimento dos sujeitos em relação à entrevista. Ressalta-se, portanto, a importância da disponibilidade e horários de menos fluxo de atividades de cada entrevistado, fatores esses facilitadores do propósito e que evitariam qualquer tipo de interferência, na rotina da unidade.

Durante a entrevista, foram utilizados instrumentos modernamente qualificados, como o uso do aparelho de MP3 e do gravador, cujos resultados foram transcritos como meio de materializar a apuração e análise dos dados pelo pesquisador à base do referencial teórico estudado.

Os dados apurados deverão ser mantidos no arquivo do computador de uso pessoal do entrevistador, mantendo por um período de aproximadamente cinco anos, a garantia do sigilo em relação ao anonimato.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados pode ser considerada como a fase final da pesquisa, devido à clareza do problema, dos objetivos, as proposições que deverão estar

claramente definidas, e devidamente fundamentadas em bases teóricas bem estruturadas. Segundo MINAYO (1994, p.68) *“a análise dos dados é uma técnica de interpretação/descrição, a base de conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa.”*

A fase da análise estabelece o processo da compreensão dos dados empíricos, a confirmação ou não dos pressupostos estabelecidos pela pesquisa, a ampliação e a diversificação do conhecimento sobre o assunto pesquisado. Esses fatores são refletidos, avaliados e corroborados ou não, pelos fundamentos teórico-basilares cujos argumentos técnico-científicos pautados nas linhas do pensamento/reflexão de autores, possibilitam fazer a articulação entre a teoria e a prática experimental.

A técnica da Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2009), teoricamente, se divide de forma sistematizada em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

De acordo com o contexto da realidade delineada pelas características determinantes do objeto de estudo, optou-se pela técnica da análise de conteúdo, por trabalhar com a categorização que, segundo Bardin (2009, p.199) *“cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos.”*

3.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

Em consonância com a Resolução 196/96, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa em tela envolve seres humanos de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dela, incluindo-se o manejo de informações ou materiais.

No mesmo norte, contêm o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garante a liberdade de consentimento do pesquisado, podendo a qualquer momento retirá-lo, sem causar nenhum tipo de penalização e/ou prejuízo a pesquisa (BRASIL, 1996).

Outrossim, consoante às recomendações da resolução 311/07 – COFEN, a qual institui o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, e, que traz no bojo do capítulo 3º, a questão do ensino, da pesquisa e produção do conhecimento

técnico-científico, menciona que os pesquisadores, “*no ato da elaboração de um trabalho de pesquisa, devem ter responsabilidades e deveres, de forma que atenda a norma vigente para a pesquisa e, mais precisamente, no pertinente a pesquisa envolvendo seres humanos e suas proibições*” (BRASIL, 2007).

A aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, FACENE/PB, tem como Protocolo nº: 152/10, bem como, CAAE: 3772.0.000.351-10.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 PROCESSO HISTÓRICO – EVOLUTIVO DA CIRURGIA CARDÍACA

No processo histórico-evolutivo dos tempos, a humanidade, com as descobertas, experimentos e a criatividade do próprio homem, passou a viver uma condição de vida bem melhor nos mais diversos aspectos de sua existência.

No campo da medicina associada às mais diversas ciências afins, através da ciência e da tecnologia, foi introduzido uma gama de recursos considerando-se a tomografia computadorizada, a tomografia por emissão de pósitrons, a imagem molecular, a magneto encefalografia, a ressonância magnética funcional, o cateterismo cardíaco, a angioplastia trans-coronariana (ATC) que não trouxeram apenas conhecimento sobre o diagnóstico e tratamento de doenças, como também, abriram caminhos sem precedentes para ampliar as condições da longevidade da vida do ser humano.

No Brasil, em meados do século XIX, a cirurgia cardíaca, assim como na Europa, era inexistente, de certa forma incipiente. Nessa época os procedimentos utilizados como intervenção da medicina, eram feitos de forma simples e rústicos, *de feitiço* do “cirurgião barbeiro” como eram cognominados naquela época.

Essa categoria de “cirurgião barbeiro” era, normalmente, formada de pessoas leigas, indoutas, incultas e de classe mais humilde, que se destinava á pratica de sangrias e escarificações, aplicação de ventosas, sanguessugas e clísteres, lancetava-se abscessos, fazia-se curativos, excisava-se prepúcios, tratava as mordeduras de cobras, arrancava dentes.

Nessa história de um mundo do passado a cirurgia era, de forma geral, inqualificada pela concepção cultural da época e, em relação à abordagem cardíaca, totalmente inexistente.

Em 1882, Theodor Billroth comentou que a realização de pericardiectomia equivaleria a um ato de prostituição em cirurgia ou frivolidade cirúrgica. Este mesmo "Doutor", afirmou no ano seguinte que todo cirurgião que tentasse suturar uma ferida cardíaca deveria perder o respeito de seus colegas. Não demorou, porém, para que Ludwig Rehn, em 1896, obtivesse êxito ao suturar um ferimento de ventrículo direito. Ainda com relação à abordagem do coração, foi no mínimo curiosa a observação de Sherman, em 1902, no *Journal of*

The American Medical Association. Este comentou que a distância para atingir aquele órgão não é maior que uma polegada, mas foram precisos 2.400 anos para que a cirurgia pudesse percorrer esse caminho (BRAILE; GODOY, 1996).

Com a revolução das mentalidades, das idéias, dos pensamento/reflexões, durante o século XX, período na história da humanidade dos acontecimentos e dos grandes avanços das ciências pelas descobertas científicas e tecnológicas, a fixação dessas concepções foram sendo ultrapassadas, substituídas pelo aprofundamento dos estudos e pela introdução de novas e impressionantes descobertas.

As experiências técnico-científicas passaram a ser colocadas como premissas revolucionárias dos novos tempos às quais acarretaram profundas e significativas mudanças trazendo importantes transformações para a vida do ser humano.

A desmistificação da frivolidade da cirurgia cardíaca da época passa a ser uma revolução na área da medicina, iniciando-se uma nova história deste tipo de cirurgia, de evolução hierárquica vertiginosa, destacando-se, as mais complexas, que envolvem o órgão cardíaco.

Entre tantas se destacam, como referência, as cardiopatias congênitas, cirurgia das valvopatias (estenose valvar aórtica e estenose valvar mitral) e a cirurgia da insuficiência coronária. Como fatores de composição do processo surgem dessas descobertas revolucionárias no mundo da medicina, remédios poderosos no combate às doenças e na derrota da dor.

De conformidade com a ciência da medicina, a cirurgia cardíaca é um procedimento de alta complexidade que envolve o coração e/ou grandes vasos, feito por um especialista qualificado para tal intervenção. É essencialmente utilizada para tratar complicações de doença cardíaca isquêmica como, por exemplo, correção de doença cardíaca congênita ou tratar da doença das válvulas cardíacas decorrente de muitas causas, incluindo a endocardite.

4.1.1 FATORES DE RISCO DA CIRURGIA CARDÍACA

Os usuários mais susceptíveis a este tipo de cirurgia são àqueles portadores da Doença Arterial Coronariana (DAC), que decorre do acúmulo de gordura nas células que revestem a artéria coronária, resultando na obstrução destas por placas de ateroma, os quais apresentam a sintomatologia da Insuficiência coronariana voltada para a angina *pectoris* e suas variedades e o infarto agudo do miocárdio (IAM).

Segundo os pensamentos teóricos de SMELTEZER e BARE (2009), tal patologia está diretamente ligada a fatores de risco não-modificáveis no sistema orgânico, podendo-se considerar como fator determinante a história familiar de doença cardiovascular prematura, idade crescente, sexo (os homens desenvolvem a DAC numa idade mais precoce que as mulheres), raça (a incidência de cardiopatia é mais elevada em afro-descendentes do que em brancos); e os modificáveis, a partir dos níveis lipídicos sanguíneos elevados, sedentarismo, tabagismo, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus.

4.1.2 REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

De acordo com estudos sobre a insuficiência coronariana, Smeltezer e Bare (2009, p.752) comentam que *“a revascularização do miocárdio é um procedimento em que um vaso sanguíneo é retirado de outra parte do corpo e enxertado no vaso sanguíneo ocluído, de modo que o sangue irrigue novamente a área afetada, e que tem por finalidade, o aumento da sobrevida, promover o alívio da dor e preservar a função ventricular”*.

Este é o principal tratamento cirúrgico a fim de corrigir a isquemia miocárdica, provocada pela obstrução das artérias coronárias, de modo a aliviar a angina do peito, melhorar a qualidade de vida e evitar o infarto agudo do miocárdio, sendo realizada sobre o efeito de anestesia geral.

Segundo NOBRE; SERRANO JR. (2005), normalmente, o cirurgião faz uma esternotomia mediana, por conseguinte, um vaso sanguíneo do corpo do usuário (veia safena, artéria mamária interna esquerda, artéria radial, artéria gastroepiplóica direita, artéria epigástrica inferior) é enxertado na localização distal

da lesão da artéria coronária, desviando-se da obstrução, em seguida, a incisão é fechada, sendo o usuário internado de imediato na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para realizar os procedimentos pós-operatórios.

4.2 REALIDADE FÍSICO-EMOCIONAL DO USUÁRIO FUNDAMENTADA NOS PRINCÍPIOS DOS DIREITOS E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

A visível complexidade dos procedimentos aplicados na medicina se dá, de forma específica, através do uso das altas tecnologias, o comprometido cuidado com as fases do pós-operatório, a situação de estresse, a insegurança dos usuários associados às crenças que envolvem a cirurgia de revascularização miocárdica, e a afetiva comunicação entre usuário e equipe multiprofissional.

Todas essas ocorrências são de vital importância para uma recuperação mais eficiente e rápida do usuário, fortalecidas pelo elo empático que poderá se formar entre este e a equipe responsável pela seqüência do tratamento, concorrendo para que o desenrolar da internação pareça aos olhos do hospitalizado, o menos ameaçador possível.

Como já foi dito, as céleres transformações ocorrentes no mundo moderno não se limitam apenas à evolução das tecnologias, mas também, aos fatores circundantes que envolvem a vida do ser humano.

No sentido literal do termo a saúde trata da vida humana, sendo uma característica fundamental do setor, evidenciando que os usuários, as pessoas cujas vidas se encontram em risco também devem ser co-partícipes do processo.

“A identidade humana só pode, pois, entregar-se como de fato se entrega à tarefa de construir sua existência no mundo porque está no desejo de ir além de si, de filiar-se ao vigor do todo” (BUZZI, ARCANGELO 2002, p.183).

Mesmo sabendo-se que as experiências científicas tradicionais mantêm sua própria dinamicidade criando os caminhos para a sua automudança, não é fácil a transição de um paradigma para outro. “*A mudança de uma nova estrutura conceitual é geralmente precedida por um período de grande stress e acentuada insegurança profissional*” (CREMA, 1989, p. 19).

Considerando-se a concepção responsável pela seqüência ao tratamento psicossócio-cultural e estrutural de cada indivíduo, sabe-se, que não é típico do ser humano aceitar, de forma pacífica e imediata, a falência dos seus propósitos entendidos como corretos no seu mundo usual.

O potencial do poder das inovações decorrentes das necessárias e emergentes transformações ocorridas, historicamente, no mundo hodierno e, conseqüentemente, na vida do ser humano, passou a exigir mudanças de atitudes, hábitos, pensamentos ou reflexões e de comportamentos do homem, adequados ao domínio do conhecimento, principalmente dos profissionais da medicina resistentes à introdução das novas idéias e concepções técnico-científicas, éticas e sócio-culturais, adotadas pelas novas sociedades.

Frente a todas as revoluções historicamente reconhecidas durante os séculos, procedidas na cognição, nas ciências e na vida do cotidiano do ser humano, os enfermeiros nas imbricações das ações e das relações interpessoais entre usuários e profissionais da área, quanto ao domínio do conhecer, também, deverá saber introduzir os novos conhecimentos pertinentes ao universo da intervenção.

Assim posto, as novas coordenadas das afirmações cognitivas devem estabelecer um critério particular de aceitabilidade, na prática, como a constituição adequada ao domínio das ações profissionais envolvidas no cotidiano da vida do ser humano.

Nesse domínio das ações é evidente que o enfermeiro deva ter no cotidiano da vida profissional, a compreensão implícita de que a cognição tem a ver com as relações interpessoais e coordenações das ações adequadas no domínio das intervenções envolvidas nas questões.

Portanto, é de vital importância, que no primeiro contato com o usuário e a família seja estabelecido um vínculo de cuidado e confiança, para a manutenção de um processo de comunicação efetiva, fator facilitador da aceitação e aderência às orientações, além de ajudar a diminuir os níveis de estresse, de ansiedade que envolve o período da internação e o procedimento cirúrgico.

Então, perante o domínio operacional que envolve toda a complexidade do universo de uma unidade de terapia intensiva de um hospital, sabe-se que permeia

uma aproximação nas interrelações, entre os sujeitos da convivência emergente (o enfermeiro), e o usuário/família.

Portanto, nas operações dessa dinâmica de estados de um sistema vivo, todo o processo inter-relacional das ações deve estabelecer critérios de uma atitude humana, ética e científica por parte do enfermeiro, conferindo-se desse domínio relacional o respeito mútuo, entre a necessidade de identificar fatores, positivos ou negativos, que possam interferir no cuidado dos pacientes assistidos no pós-operatório da revascularização miocárdica.

A base do respeito humano, do valor do paciente, a detecção pela equipe de enfermagem de sinais e sintomas de complicações e das dificuldades do usuário, favorecerá a um agir profissional mais humanizante no atendimento, possibilitando um vínculo entre o que cuida - a família, e quem é cuidado - o usuário.

WATSON (1985) relaciona intimamente o processo do cuidar humano (*human care*) com um processo de interação entre seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional. É esta relação interpessoal que a autora chama da essência dos cuidados de enfermagem. O acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das formas de organização utilizadas pelas enfermeiras, ou seja, aquilo que serve de suporte à sua atividade. Cuidar é o ideal moral da enfermagem cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral do cuidar em enfermagem sendo como que o seu ponto de partida é também uma atitude que tem de se tomar, um desejo, uma intenção, um compromisso que se manifesta em atos concretos - atos de cuidar.

Na teia de relações humanas que se estabelece em algum domínio emocional, de uma unidade de terapia intensiva, a intenção do profissional da saúde é a de manter como prioridade “sine qua non”, a valorização da vida do ser humano.

De fato, o profissional da enfermagem consciente dos deveres a serem cumpridos enquanto profissional da área, se inclui nesse processo inter-relacional, passando a ser sujeito da ação numa configuração dinâmica de mudança de relações de atividades pela tensão e responsabilidade vivenciada nesse meio ambiente.

De acordo com suas idéias, propósitos e concepções em relação ao ser humano, têm suas reações pertinentes a cada realidade singular, apresentada pelo problema do paciente e suas conseqüências.

4.3 IMPORTÂNCIA DO DESEMPENHO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

O cuidado é a essência da ação do profissional da enfermagem e, em assim sendo, o enfermeiro é essencial nos processos de atenção à saúde. No contexto hospitalar, o papel do enfermeiro certamente poderá se tornar ainda mais relevante, quando este cuida de usuários que se encontram em período pós-operatório e, no caso do indivíduo que se submete a um procedimento cirúrgico, as orientações e os cuidados de enfermagem não se restringem apenas a um período operatório em si, mas no perioperatório como um todo, incluindo-se também, o após a alta hospitalar.

Segundo WALDOW (1998), o processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Neste sentido, o processo de cuidar é um processo interativo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em um determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação.

Para WATSON (1988) o cuidar é considerado como uma forma de ser, como uma forma de se relacionar, como um imperativo moral; e constitui a essência de enfermagem, como nos dizem LEININGER (1991) e SWANSON (1991).

Neste diapasão, a atenção pós-alta pelo enfermeiro, embora ainda não seja uma prática comum no seu agir profissional, deve ser recomendada. A preocupação com a cirurgia resume-se à espera de um procedimento sem complicações, com uma boa evolução pós-operatória, para que possa voltar ao lar o mais rápido possível e reassumir seu papel perante sua família e a comunidade onde vive.

Numa situação inversa, não se pode admitir que o atendimento do enfermeiro, mesmo que exija uma alta tecnicidade numa UTI, não deva se tornar mecanizado pela sofisticação do conhecimento científico e complexidade dos equipamentos, já que o processo da humanização das ações do profissional passa

a ser um direito historicamente constituído pelo ser humano. E, se assim for concebido pela equipe de profissionais, acredita-se que esses fatores poderão favorecer ao processo de desumanização e à falta de ética da equipe profissional, denotando uma total descompromisso com a situação emocional do usuário e da própria família, e isso não deve acontecer, pelo menos nesse momento em que se discute tanto sobre os direitos humanos.

4.3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para que se obtenha uma boa qualidade nos serviços de assistência á saúde, depende, primordialmente, da ação da equipe multiprofissional, e em assim sendo, do desempenho de cada um, em especial, do enfermeiro, ressaltando-o como agente ativo no processo da recuperação e reabilitação do usuário.

Levando em consideração os estudos de LEONI (1996), sobre o atendimento integral, vale ater-se a assistência ao usuário em todos os seus aspectos-individuais, biopsicossociais e culturais -, evidentemente, sem descartar a sua família. A família passa a ser um estímulo importante nas emoções do usuário, fator indispensável e como critério de validação nas explicações implícitas e explícitas por parte do enfermeiro, junto ao usuário. Essa validação pode ou não ser aceita, servindo para suprir, não só ás necessidades vitais, mas também, com o propósito e o objetivo de transmitir confiança e segurança como suportes e refúgio, já que este se encontra em um meio desconhecido e favorável à estimulação dos seus medos, insegurança e angústias.

“Enfermagem é uma ciência aplicada que visa o reconhecimento do ser humano-cliente, que tem necessidades humanas básicas as quais são estadas de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p.29).

A práxis de enfermagem se manifesta como de importância singular, ao prevenir e conduzir a ação do enfermeiro em relação aos cuidados pós-operatórios da cirurgia de revascularização miocárdica, junto ao usuário que se encontra sobre o efeito anestésico, sonolento, muitas vezes, ainda com o uso do tubo orotraqueal, sob ventilação mecânica, apresentando dor e impossibilitados de falar ou respirar por si sós.

Este usuário necessita, não só de cuidados físicos, como também, cuidados psicológicos. E esses cuidados deverão ser explicitados de forma clara e precisa, por meio da comunicação oral e visual, da ética e da educação em saúde. O enfermeiro deverá saber orientá-lo sobre o término da cirurgia, onde se encontra, os questionamentos sobre a intensidade da dor e, também, fornecer orientações sobre as mudanças no estilo de vida, alimentação, auto-cuidado e as várias modificações que serão necessárias para se ter uma boa qualidade de vida.

“As orientações de enfermagem, quando inseridas no processo do cuidar, devem visar ao cuidado holístico do paciente. Para isso, os enfermeiros necessitam basear os seus conhecimentos em múltiplos fatores, não se fundamentando apenas na patologia ou no procedimento cirúrgico, mas também, nos vários fatores que se inter-relacionam com a saúde do paciente” (POTTER; PERRY, 2004).

Portanto, pode-se compreender que o ser humano é composto por necessidades interrelacionadas, devendo, entretanto, manter-se em equilíbrio para que não se manifestem, porém, são aparentes e surgem em menor ou maior intensidade, dependendo do desequilíbrio apresentado, os quais necessitam de uma resolução. Estes desequilíbrios poderão apresentar-se da seguinte forma: aparentes, conscientes, verbalizadas ou não e, para isso, é importante que o enfermeiro consiga identificar, atuando de forma sistematizada, o que auxilia no processo de qualificação da assistência e do cuidado: papel fundamental do enfermeiro.

4.3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

De acordo com a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a assistência de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro que utiliza métodos e estratégias de trabalho científico para identificação de situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (BRASIL, 2002)

De conformidade com a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício dos profissionais de enfermagem, ao enfermeiro incube privativamente: a implantação,

planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. (BRASIL, 2002)

Para Galvão, Sawada e Rossi (2002), é possível, através do processo de enfermagem, a possibilidade de uma prática de enfermagem sistemática, lógica e racional que organiza a assistência e compreende cinco passos inter-relacionados: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Baseando-se em HORTA (1979) a execução se dá da seguinte forma:

I – Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais, visando à adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem.

II – Exame físico: O enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas – Inspeção, ausculta, palpação e percussão, efetuando levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotações das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

III - Diagnóstico de Enfermagem: O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e seu grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes e potenciais.

IV - Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao cliente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

V - Evolução de Enfermagem: É o registro diário de enfermagem após a avaliação do estado geral do paciente e na ocorrência de mudanças sucessivas que possam ocorrer. Desse registro, constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

5 ANÁLISE E RESULTADOS

A interpretação dos dados coletados neste trabalho define-se por uma análise categorial onde se processa a compreensão lógico-teórica da realidade prática do campo de estudo investigado que, segundo Bardin (2009, p.199) a análise por categorias “*funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo agrupamentos analógicos.*”

A três categorias de análise constantes como referências nesse trabalho são as seguintes: **a) *Condutas imediatas do enfermeiro na admissão do paciente na UTI pós RVM;*** **b) *Condutas do enfermeiro na prevenção de complicações pós-operatórias;*** **c) *Conduta do enfermeiro no processo da reabilitação e bem-estar do paciente revascularizado.***

Foram definidas de forma proposicional, de acordo com o decurso da realidade do cotidiano da prática profissional dos enfermeiros da UTI da Casa de Saúde Dix-sept Rosado junto ao paciente revascularizado, cujos delineamentos das buscas se pautaram na conjunção do processo técnico-científico.

5.1 CONDUTAS IMEDIATAS DO ENFERMEIRO NA ADMISSÃO DO PACIENTE NA UTI PÓS RVM

A modernidade das ciências, as descobertas e os céleres avanços tecnológicos têm contribuído para as mudanças de concepção sobre condutas e atitudes do profissional da saúde, destacando-se a do enfermeiro. Nesse caso, o importante papel que o mesmo exercer numa UTI, deverá ser alicerçado pela relação saber e dever, tornando-se agente de intervenção habilitado e capaz de detectar, precocemente, situações de risco que possivelmente, possam envolver o paciente, que se encontra na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pós-cirurgia de revascularização miocárdica.

Quando o paciente é admitido na UTI, após o término da cirurgia de revascularização miocárdica, é de suma importância que a equipe multiprofissional, em especial, o enfermeiro, realize as condutas pós-operatórias imediatas, a qual o intensivista determina e instrui um suporte clínico-terapêutico, garantindo, nas

possibilidades, ao paciente uma recuperação sem complicações, ao longo de sua internação.

Nesta circunstância, a eficiência dos cuidados imediatos do enfermeiro, garante uma maior eficácia na recuperação e reabilitação do usuário, bem como, atuando na prevenção de complicações pós-operatórias, a partir do uso dos sofisticados medicamentos já prescritos no prontuário, e dos aparelhamentos qualificados como potencializadores dos cuidados preventivos.

Os cuidados preventivos durante as 48 horas do pós-operatório se definem pela monitorização de todos os parâmetros vitais, como Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC), Temperatura Axilar, Frequência e Padrão Respiratório, controle do balanço hidroeletrolítico (diurese e débito dos drenos), avaliação clínica contínua e fisioterapia respiratória.

Segundo Fortuna (2002, p.01) *os cuidados pós-operatórios iniciais compreendem as medidas tomadas em relação ao paciente, a partir do momento em que termina a cirurgia até a instalação do mesmo na UTI.*

No pós-operatório as condutas imediatas de responsabilidade do enfermeiro incluem a execução da monitorização cardíaca, com a finalidade de detectar a condução elétrica do coração a fim de evitar toda e qualquer alteração no ritmo cardíaco como às arritmias, que possam ocorrer no momento do transporte deste para a UTI. *“A monitorização eletrocardiográfica é a representação gráfica sobre uma tela ou papel da atividade elétrica do coração”* Knobel (2006, p.231).

Conforme essa assertiva explicitada no quadro das referências teóricas, de acordo com a análise dos dados, todos os sujeitos da pesquisa, em primeira instância, corroboraram com a idéia de que a monitorização cardíaca se constitui como a primeira e a principal conduta imediata do pós-operatório, a exemplo do que cita o depoimento dado pelo Enfermeiro 2:

“A primeira conduta a ser tomada quando o paciente é admitido na UTI, é a monitorização cardíaca. Imediatamente, devemos avaliar o traçado e a frequência cardíaca, pois o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca tem uma grande facilidade de apresentar arritmias.”

Como forma de validar o depoimento do Enfermeiro 2, recorre-se ao que Knobel (2006, p.231) afirma teoricamente, “*a análise do traçado permite a identificação de alterações como arritmias, isquemias e distúrbios eletrolíticos graves*”

Ainda na seqüência das intervenções pelas condutas imediatas do enfermeiro junto ao usuário, é importante que o mesmo permaneça atento para a detecção das medidas hemodinâmicas através do aparelho de monitorização da pressão arterial média (PAM), bem como, para o controle e verificação dos sinais vitais.

Este aparelho de detecção é um inovador método invasivo de aferição direta da pressão arterial, como também, utilizado, simultaneamente, na coleta de sangue arterial em função da necessidade de se obter os resultados gasométricos.

Após esses cuidados imediatos outros procedimentos são seqüenciados pelos exames laboratoriais, solicitação dos raios-X de tórax e eletrocardiograma, através de prescrições médicas.

Assim, o enfermeiro 1 confirma esta afirmação:

“Quando o paciente é admitido na UTI, após a cirurgia e estabilização do quadro, providenciamos, logo em seguida, segundo solicitação médica, os exames laboratoriais, os raios-X e a gasometria arterial.”

Outro parâmetro hemodinâmico de relevância ímpar dentre as condutas imediatas do enfermeiro se dá pelo controle da infusão e eliminação dos líquidos, através das perdas sensíveis (débito dos drenos e diurese) e insensíveis, constituídos pelo balanço hidroeletrólítico, pois o ato operatório leva à retenção de sódio e água, o que torna necessário se oferecer as necessidades hídricas do dia.

É de responsabilidade do enfermeiro avaliar, rigorosamente, as perdas e os ganhos do balanço volêmico. Se não houver o controle hídrico no cotidiano da dinâmica das intervenções as alterações no setor cardiovascular e hidroeletrólítico, passam a ser visíveis, as quais estão ligadas diretamente à sobrecarga hídrica, à hipovolemia e aos distúrbios hidroeletrólíticos no geral. Para tanto, os cateteres venosos centrais são inseridos para infusão de drogas vasoativas, sangue e hemoderivados.

Destarte, o balanço hidroeletrólítico é monitorado através da pressão venosa central (PVC), obtida através do cateter localizado na veia cava superior, as quais são feitas às reposições de acordo com as perdas e o controle da diurese.

Assim, afirma Knobel (2006, p.197)

“Os valores abaixo do normal podem sugerir hipovolemia e os valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem sempre ser avaliados em associação a outros parâmetros hemodinâmicos.”

Deste modo, concorda o Enfermeiro 4: *“após toda a instalação do paciente no leito, é de suma importância zerar os débitos de todas as saídas, como a PVC, a PAM, a diurese, inclusive, devemos zerar, também, os débitos dos drenos de mediastino e torácicos.”*

Além disto, não só é fundamental a monitorização do traçado eletrocardiográfico e dos parâmetros hemodinâmicos, como também, ressaltamos a importância da avaliação respiratória, principalmente se o paciente permanecer entubado.

Quando o paciente é submetido à cirurgia que necessita de anestesia por período de tempo prolongado, é necessário que haja a entubação endotraqueal, um método inovador e sofisticado de transmitir ventilação artificial, através do respirador mecânico.

Para isto, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento técnico-científico sobre os parâmetros respiratórios, para que se prossiga com a troca da ventilação manual (bolsa), para o respirador, no momento em que o paciente é transportado do centro cirúrgico para o leito da UTI.

De acordo com os fundamentos de Fortuna (2002) com base nos parâmetros respiratórios, devem ser monitorizados a Fração Inspiratória de Oxigênio (FiO_2), a Frequência Respiratória, o Volume Corrente, o Fluxo, a Pressão Inspiratória, a Pressão Positiva Final (PEEP), Tempo Inspiratório e Expiratório, além da Oximetria de Pulso, um método indireto de medir a oxigenação tecidual.

Neste caso, o planejamento dos cuidados do enfermeiro a estes pacientes incluem, dentre outros procedimentos, conhecer o equipamento e seus acessórios,

assegurar o bom funcionamento do aparelho, conferir parâmetros ventilatórios e ajustes de alarmes, conhecer sinais de hipoxemia e hipercapnia, interpretar valores gasométricos, prevenir complicações relacionadas à ventilação mecânica, estabelecer e padronizar técnicas no cuidado com o paciente, reduzir a ansiedade de pacientes e familiares, manter comunicação por métodos alternativos e manter o conforto do paciente em suporte ventilatório.

Segundo o pensamento de Fortuna (2002) não havendo todo este planejamento, existe uma grande possibilidade deste usuário adquirir complicações, como por exemplo, a pneumonia, o barotrauma, atelectasias e alterações hemodinâmicas.

É de vital importância que o enfermeiro avalie o nível de consciência do usuário ao chegar à UTI, com base no limite dos escores da Escala de Coma de Glasgow, o qual se encontra à mercê de mudanças físicas involuntárias em consonância com o atual estado de consciência rebaixada pela diminuição dos estímulos internos e externos, em que essas reações provenientes da condição do sistema vivo, são referências de medição para avaliar a percepção subjetiva do usuário.

O Enfermeiro 3 corrobora com a idéia de que o estado de consciência do usuário deve ser motivo de atenção, afirmando sobre a necessidade de mantê-lo acordado para o aceleração da extubação:

“Quando recebemos o paciente, é importante avaliar o nível de consciência deste, principalmente, se estiver entubado. É importante informar sobre o término da cirurgia e mantê-lo acordado para que prossiga com a extubação o mais rápido possível.”

Diante da relação entre os pensamentos teóricos dos autores e dos depoimentos dos sujeitos pesquisados houve uma confirmação de que os enfermeiros realizam as condutas pós-operatórias imediatas no momento de admissão do usuário na UTI, após o término da cirurgia, até a estabilização completa do quadro clínico, mantendo, assim, a sua integridade física, até a alta hospitalar.

5.2 CONDUTAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Apesar dos grandes avanços ocorridos na ciência da medicina, no desenvolvimento tecnológico, relacionados às diversas formas de tratamento de pacientes com patologias graves, muitas vezes, os procedimentos realizados, evoluem com complicações que, se não revertidas de imediato, acarretará o óbito.

No período pós-operatório da cirurgia cardíaca, nas primeiras 24 horas, o paciente fica vulnerável a adquirir diversas complicações, por ser um procedimento cirúrgico de risco elevado. O conhecimento prévio do enfermeiro acerca das condutas que circundam estas principais complicações é de fundamental importância para proporcionar uma recuperação saudável ao paciente, observando e, assim, prevenindo o surgimento de situações que colocam em risco a vida do paciente.

Não são difíceis de surgir complicações cardiovasculares, renais, pulmonares, gastrintestinais e até infecciosas. É neste momento que o enfermeiro deverá avaliar o paciente, não em partes, mas como um todo, a fim de evitar o surgimento de complicações, as quais poderão apresentar-se a qualquer momento, com o grande risco de comprometer a sua integridade.

Dentre os achados principais, que ocorrem com maior frequência após a cirurgia cardíaca, destacam-se as arritmias. Discute-se entre os profissionais que tais reações não podem, de maneira alguma, passar despercebidas pelo enfermeiro, pois são consideradas como causas de retardo na evolução clínica em decorrência dos distúrbios hemodinâmicos.

Na realidade da sua prática profissional, o Enfermeiro 4 valida o controle da monitorização hemodinâmica como um recurso indicativo de vital importância sobre o estado geral do usuário afirmando que,

“É necessário ter um controle rigoroso da monitorização hemodinâmica como a monitorização do traçado do ECG e da PAM, nas primeiras 24 horas, pois o paciente em pós-operatório tem uma grande facilidade de apresentar uma arritmia e nós, enfermeiros, temos que saber qual o tipo de arritmia e se o paciente realmente está apresentando uma arritmia.”

Na liturgia da atividade profissional o enfermeiro, não só, na aplicação da técnica, como na perspectiva da dimensão dos direitos humano-fundamentais, passa a tratar do usuário, em nível de humanização, à base dos princípios que norteiam a ética profissional.

À base dessa conduta ética, o enfermeiro deve procurar proporcionar um maior conforto no alívio da dor e do sofrimento do paciente hospitalizado, como também, prevenindo as situações indesejáveis. Para isto, o cuidado deve ser minucioso, atentando para os detalhes que o paciente informa sobre suas necessidades, e, não avaliá-lo diretamente, apenas pelas leituras visuais dos parâmetros demonstrados pelos aparelhos que o monitoram.

Na atualidade, são grandes as facilidades oferecidas pelas modernas tecnologias, através dos métodos convencionais para a verificação dos sinais vitais: pressão arterial, pulso, respiração e temperatura. Estes procedimentos possuem grande valor diante das intervenções do enfermeiro, pois são um dos meios de prevenção de complicações, se avaliadas rotineiramente.

Na complexidade do universo de uma UTI onde se exerce a práxis profissional, as relações efetivas entre usuário e enfermeiro, é um fato, como também, o uso dos implementos altamente modernos e sofisticados cujos aparelhos possibilitam dar a visibilidade de resultados da medida da Pressão Arterial Média (PAM), através de monitores, para a leitura direta obtida pela punção da artéria radial.

É relevante para o enfermeiro fazer e registrar a leitura, de forma contínua, pois, caso não seja avaliada com constância, o paciente poderá evoluir com pico hipertensivo, rompendo as pontes de safena, ou então, poderá evoluir com hipotensão, fechando estas pontes.

A aferição dos sinais vitais de cada usuário é uma grande responsabilidade técnica como atesta o depoimento do Enfermeiro 1 quando diz:

“É importante que o enfermeiro realize a aferição dos sinais vitais de 2 em 2 horas, prestando sempre atenção se o paciente evolui com pico hipertensivo ou hipotensão. Caso isso ocorra, deverá analisar e constatar a situação e acionar o médico do plantão.”

O procedimento dessa ocorrência se confirma e se valida, na prática, através do depoimento do Enfermeiro 2:

“Quando o paciente é admitido na UTI, para realizar o pós-operatório, já vem com a PAM instalada, devendo ser rigorosamente observada, principalmente nas primeiras horas, pois eles têm uma tendência a fazer pico hipertensivo ou hipotensão. É necessário manter a pressão deste paciente em níveis aceitáveis, para prevenir a abertura ou o fechamento das pontes de safena.”

Outra avaliação que deve ser prezada pelo enfermeiro, é o controle rigoroso do balanço hidroeletrólítico, com a finalidade de detectar as várias alterações que possam afetar o usuário revascularizado. Desta forma, é necessário compreender a fisiologia do equilíbrio ácido-básico, identificando, prevenindo e sanando os possíveis desequilíbrios do organismo.

Outra complicação importante, que poderá alertar os enfermeiros para a efetivação deste controle hídrico rigoroso, é o surgimento da Insuficiência renal aguda. Para isto, é necessário contabilizar a medida do volume e densidade da diurese, o volume de sangue coletados nos respectivos frascos de drenagem, através da ordenha dos drenos de mediastino e torácicos, evitando assim a formação de coágulos e a perda excessiva de sangue.

Sobre as complicações do pós-operatório o Enfermeiro 2 ressalva a gravidade com que se instala a insuficiência renal, caso o balanço hidroeletrólítico não for efetivado, enquanto proposta de prevenção, reafirmando que:

“Algumas das complicações que podem surgir no decorrer do pós-operatório, se o balanço hidroeletrólítico não for rigorosamente contabilizado, é a Insuficiência Renal Aguda (IRA). Devemos atentar para a quantidade de líquidos administrados e eliminados, principalmente no caso da diurese. O paciente não pode ter pouca quantidade de diurese, caso isso ocorra, é um sinal de que está sendo hipohidratado.”

Conforme o pensamento teórico de Fortuna (2002, p.114) sobre o surgimento de outras complicações: *“a hipovolemia é a causa mais freqüente de hipotensão arterial no período pós-operatório. Outras causas são as síndromes de baixo débito, a hipóxia, as arritmias, os distúrbios de condução e o tamponamento cardíaco.”*

É comum também, nas primeiras 24 horas, o surgimento de hipertermia e alterações no hemograma decorrentes da resposta inflamatória sistêmica pela cirurgia. Se esta febre persistir, após as 24 horas, o enfermeiro deverá atentar para as alterações decorrentes da ferida operatória, bem como, atentar para o modo de realização das trocas de curativos, no local da incisão cirúrgica.

No seu depoimento, o Enfermeiro 3 ressalva a importância do poder de observação do agente responsável em relação à aplicação da técnica asséptica com precisão, a fim de serem evitadas infecções que possam prejudicar a recuperação do usuário.

“Quando o enfermeiro vai realizar a troca de curativo na incisão cirúrgica, deve observar se existem sinais flogísticos ou de infecção. Para isto, é necessário trocar este curativo diariamente, realizando toda a técnica asséptica.”

Além da possibilidade de surgir à infecção no local da ferida operatória, outros sinais de infecção também podem aparecer por intermédio do manuseio inadequado do cateter venoso central (CVC), sem a utilização da técnica asséptica.

Após estabilização do quadro, o médico intensivista prosseguirá com suas condutas havendo sempre a necessidade do auxílio técnico do enfermeiro, como também, do profissional fisioterapeuta, na retirada de drenos, cateteres venosos e vesicais para, a partir daí, inicializar o processo de reabilitação do usuário, objetivando o bem-estar e segurança do mesmo, até o momento da alta hospitalar.

Por fim, cita-se e resume-se os cuidados complementares, para prevenir a instalação das complicações pós-operatórias no usuário. São designados os cuidados exigidos no manuseio dos cateteres, sondas, drenos, frascos de drenagem e aparelhos que, direta ou indiretamente possam estar ligados ao usuário.

Neste caso, o enfermeiro deve prosseguir em suas condutas com a ordenha dos drenos de mediastino e/ou torácicos, realizando as trocas de curativo na incisão operatória, gasometrias diárias, de acordo com a solicitação médica e necessidade do usuário e estar sempre atento para os resultados emitidos pela Pressão Arterial Média (PAM), através do monitor.

O enfermeiro 4 constata a afirmação quando diz que:

“O enfermeiro deve estar sempre realizando a ordenha dos drenos, para evitar a formação de coágulos que impede a passagem do sangue para o coletor. É importante também, irrigar e zerar as linhas de pressão da PAM, principalmente quando a gasometria for realizada.”

Como constata os sujeitos da pesquisa, as condutas rotineiras, por parte dos enfermeiros, são de suma importância para prevenir a instalação de complicações que possam surgir no decorrer de todo o pós-operatório. Se num sentido inverso surgir qualquer tipo de alteração, é necessário que haja um conhecimento prévio sobre qual o tipo de conduta que deverá ser realizada pelo enfermeiro. Portanto, na presença de uma complicação, o enfermeiro deve estar apto a reverter rapidamente o quadro do usuário, caso isso não ocorra, poderá evoluir para o óbito.

5.3 CONDUTAS DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO USUÁRIO REVASCULARIZADO

A importância da prática da humanização no universo de uma UTI, por parte dos enfermeiros para com o usuário, é indiscutível. A partir do momento em que este é admitido, várias mudanças ocorrem fisicamente, psicologicamente e emocionalmente.

Os medos e angústias tomam conta do ser, que se encontra indefeso, desprotegido e sem o apoio de seus familiares. Mas, não é só o paciente que precisa da atenção e da qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro, os (entes) familiares, também, passam a ser (são) um alvo atingido pelas circunstâncias do processo de reabilitação.

Segundo Knobel (2006, p.39)

“Humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os seus valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações de cada um.”

Interpretando o pensamento de Knobel, a humanização é um meio de garantir um cuidado integral do paciente, a partir do que consagra os princípios fundamentais dos direitos humanos do usuário tanto em relação a todo o complexo hospitalar quanto em relação à família, visando à plena reabilitação e o bem-estar deste.

Seguindo-se ainda a idéia de Knobel (2006, p. 39) quando afirma que “a hospitalização em UTI pode acarretar alterações psicológicas e sociais, não só ao

paciente, mas também a sua família”, depreende-se que o processo subjetivo e a materialidade da humanização deverá ser um fator prevalente nas condutas dos enfermeiros, com vistas á obtenção dos resultados positivos que contribuam para o sucesso na recuperação do usuário, proporcionando uma maior facilidade de acesso na comunicação entre família-usuário-equipe, evitando na essencialidade, a priorização com o cuidado técnico.

Neste processo é importante compreender e escutar as suas necessidades, para que ele se sinta reconhecido, respeitado e seguro do seu valor, enquanto pessoa humana.

Brunner e Suddarth (2009, p.155), em seus estudos afirmam que:

“A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que ajuda as pessoas doentes ou pessoas com incapacidades físicas, mentais ou emocionais (restrições no desempenho ou função nas atividades cotidianas) a alcançar o maior nível possível do desempenho físico, mental, espiritual, social e econômico.”

Do mesmo modo, Knobel (2006, p.39) afirma que:

“O retorno para casa após a alta hospitalar gera uma ansiedade para o usuário e seus familiares, uma vez que se sentem desprotegidos da vigilância constante da equipe de saúde fora do hospital. Assim, a alta hospitalar pode ser vista como uma ameaça para suas vidas.”

Nessa perspectiva do sentimento de humanização que deve acercar todo o complexo hospitalar, o estado do sistema vivo deverá ser apoiado nos aspectos biopsicossocial, nas esferas do âmbito interno e externo (meio ambiente), incluindo-se também, a relação interpessoal paciente e enfermeiro, vislumbrando-se assim, a plenitude na recuperação do usuário.

Traduzindo-se esses pensamentos verifica-se que o sentimento em relação á humanização no complexo hospitalar, passa a ser uma necessidade imperativa, sem desafiar a soberania da ciência.

O Enfermeiro 2, de acordo com sua prática cotidiana assente que o fator psicológico é determinante para a recuperação do paciente.

“O apoio psicológico ao paciente é muito importante, não só no pós-operatório, como também, no pré-operatório. Devemos explicar ao paciente, como será a cirurgia, como ele ficará ao término e o que vai ser importante ele fazer.”

Neste contexto, observa-se a constante necessidade do contato do enfermeiro de certa forma afetivo, ao invés de relacionar-se apenas pela linguagem dos aparelhos que mecanicamente, monitoram as reações vitais do usuário. O foco da intervenção se atém á recuperação, consorciada ao respeito à dignidade humana, preservando-se as características e a identidade do usuário, seu bem-estar e as suas necessidades individuais.

A conduta de aproximação do enfermeiro junto ao usuário é devotada ao incentivo e ao encorajamento da deambulação, que após vários dias limitado ao leito, necessita de apoio para voltar de forma lenta, aos seus movimentos naturais.

O Enfermeiro 4 explica que, no processo de reabilitação, uma das principais condutas que o enfermeiro deverá tomar, é o incentivo a deambulação. Assim, com a aproximação do profissional, o usuário se encoraja para a efetivação da deambulação, no que diz o depoimento:

“Como o paciente ficou vários dias privado ao leito, ao iniciarmos o processo de reabilitação, devemos encorajar e ajudar o paciente a deambular dentro da UTI. Devemos também, orientar quanto aos exercícios moderados quando este for para casa.”

Quando o usuário encontrar-se apto a receber a alta hospitalar pelo médico, o enfermeiro em todo o processo de recuperação e reabilitação deverá instruir, de acordo com suas ações, a respeito da limitação dos esforços ao retornar para sua residência.

É importante que o usuário tome ciência sobre a limitação de esforços, bem como, a falta de exercícios físicos moderados e o sedentarismo. Nesse contexto, é importante que o enfermeiro incentive às práticas diárias de caminhadas, sem exageros, pois acontecendo isto, poderão incidir complicações inesperadas pelo usuário, como também, pela própria equipe multiprofissional, a exemplo da abertura da ferida operatória.

Para justificar a afirmativa, o Enfermeiro 3 em seu depoimento, relata que:

“Nós devemos orientar o paciente quanto à restrição do esforço e orientar a família sobre os cuidados que eles deverão ter com a pessoa revascularizada. Devemos orientar sobre a atividade física, pois o importante é que ele não pare, mas também, é interessante que ele não faça tanto esforço, principalmente, quando for realizar as tarefas domésticas.”

Muitas dúvidas surgem nos primeiros dias como as questões relacionadas ao tratamento, aparecimento e/ou manutenção de sinais e sintomas e surgimento de novos problemas. Acredita-se que, nos primeiros dias após a cirurgia, o enfermeiro tenha um importante papel na assistência junto ao paciente revascularizado e seus familiares.

Então, para que o usuário se sinta seguro de suas atribuições, ao formular a sua rotina de auto-cuidado e introduzir em seu cotidiano seu novo estilo de vida, é fundamental que o enfermeiro repasse para este como são as formas e técnicas de manuseio e trocas dos curativos da ferida operatória, com o intuito de evitar a infecção do local da incisão, por meio da instalação de microorganismos invasores. Portanto, é essência do enfermeiro instruir as técnicas, não só ao usuário, como também a família, que deverá estar apta a receber e dar o suporte necessário ao seu ente.

Desse modo, o Enfermeiro 1, em sua assertiva comenta que:

“Quando o paciente receber alta pra casa, devemos estimular o auto-cuidado, incentivando-o a realizar as trocas de curativo sozinho. Caso isto não seja possível, orientamos um membro da família sobre o processo de mudança diária dos curativos ou, se necessário, contactar um enfermeiro de um posto de saúde da família mais próximo, para que possa realizar, em sua residência, essas trocas de curativos, até a cicatrização da ferida.”

Por fim, mediante as citações decorridas nesta categoria de análise, foi visto e compreendido que os dados coletados nas entrevistas de cada sujeito participante da pesquisa foram unânimes ao citarem suas idéias, através de um pensamento único que a deambulação, a limitação das atividades físicas e as trocas contínuas de curativos, como principais condutas do enfermeiro na reabilitação e no bem-estar do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco central de todo o estudo foi procurar saber como se dá na prática, a conduta do enfermeiro que atua numa UTI de um hospital, relacionando-se com o contexto biopsicossocial e cultural do usuário, implicado na relação mais externa do âmbito familiar e do meio ambiente. Pois o homem não pode ser visto apenas na sua singularidade, mas no seu todo.

No processo da evolução do estudo, o objeto da pesquisa se compôs da relação instituída pelo tripé – usuário, enfermeiro e família, visto numa inter-relação imbricada por um liame sem quebra, constituindo-se como instituição, gerando uma situação “sine qua non”, com vistas aos resultados satisfatórios mediante a condição do enfermo usuário.

Neste contexto, o fator da corporalidade humana intrínseca a mente, à consciência e a autoconsciência, à responsabilidade, ao pensamento autônomo e reflexivo, o comportamento ético, são fatores centrais que despertam no indivíduo as características dinâmicas do viver humano relacional.

Toda essa corporalidade humana é sentida no processo relacional do cotidiano do enfermeiro da UTI interrelacionado com o usuário e a família, pois os seres humanos não podem ser projetados ou refletidos como um programa de computador que especifica certos modos de funcionamento, mas, numa visão metafórica, pode-se pensar que o ser humano é uma maneira de viver relacional o que implica na formação de uma corporalidade básica. Mesmo com a substituição de órgãos, nada altera o direito de manter a corporalidade humana, o que não destitui o usuário de usufruir dos seus direitos humano-fundamentais.

De acordo com o pensar dos sujeitos da pesquisa, há uma confirmação tácita, real, vivida, constatada e conclusiva pela práxis profissional de cada um, mediante os depoimentos dados enfaticamente, de que o usuário precisa ser atendido dignamente desde o momento de sua chegada, no percurso do tratamento adequado até a alta hospitalar.

O nível de consciência, de responsabilidade sobre a conduta profissional dos enfermeiros – sujeito da pesquisa aflora visivelmente, demonstrando também,

serem pessoas sensíveis, de domínio relacional, frente às desvantagens do ser humano, fragilizado pelas doenças.

O agir de cada um, tem como referência fundamental a realidade hospitalar e pessoal, e se constitui numa proposição à base de noções explicativas traduzidas pelas suas experiências, e delas, muitas descobertas são feitas e muitas são negadas e contrariadas; e muitos pensamentos e idéias reflexivas se tornam verdadeiras teses, probabilísticas ou não e recursivas de novas realidades que servem para a desmistificação de certas teorias consideradas como verdades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência**: Introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Ars Poética, 1996.
- APPOLINÁRIO, Fábio. **Dicionário de metodologia científica**: Um guia para a produção de conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70ª Ed. Lisboa, Portugal: 2009
- BRAILE D.M.; GODOY, M.F. **Caminhos da Cardiologia**. São José do Rio Preto, SP, 1996. Disponível em: <www.braille.com.br>. Braille Biomédica. Acesso em: 31 maio 2010.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BUZZI, Arcângelo R. **A identidade humana**: Modos de realização. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272/2002** – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Brasília: 2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>> Acesso em: 03 ago. 2010.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COREN-RN nº 7.498/86** – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília: 1986. Disponível em: <www.coren.rn.gov.br> Acesso em 08 ago.2010.
- CREMA, Roberto. **Introdução à visão holística**: Breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. São Paulo: Summus, 1989.
- CUIDADOS IMEDIATOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a11.pdf> Acesso em 02 nov. 2010.
- DICIONÁRIO BRASILEIRO DE LÍNGUA PORTUGUESA. São Paulo: Mirador, 1980.
- DOWBOR, Ladislau. **A reprodução social**: Propostas para uma Gestão Descentralizada. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- FILHO, Aldy Mello de Araújo. **A Evolução dos Direitos Humanos**: avanços e perspectivas. São Luís: AAUFMA, 1997.
- FORTES, P.A de C. **Ética e saúde**: Questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FORTUNA, Prado. **Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca**. Guia para intensivistas, anesthesiologistas e enfermagem especializada. São Paulo: Atheneu, 2002.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Set. - Out. 2002, V.10, N.5.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A.M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2ª Ed. São Paulo: EPU, 1998.

GONDIM, Linda M.P.; LIMA, Jacob C. **A Pesquisa Como Artesanato Intelectual: Considerações Sobre Método e Bom Senso**. Vol.1. João Pessoa: Manufatura, 2002. (Coleção sociologia).

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

KNOBEL, Elias. **Condutas ao paciente grave**. 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2006.

KNOBEL, Elias.; LASELVA, Cláudia R.; JÚNIOR, Denis F. M. (co-autores) **Terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: Theory of nursing**. N. York: National League for Nursing Press, 1991.

LEONI, G.L. **Autoconhecimento do Enfermeiro na Relação Terapêutica**. Rio de Janeiro: Cultura médica. 1996.

MAIA, Luciano Mariz. **O cotidiano dos direitos humanos**. João Pessoa: Editora Universitária, 1999.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MINAYO, M.C. DE S. (Organizadora). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NOBRE, F.; SERRANO JR. C.V. **Tratado de cardiologia**: SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Trad. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SWANSON, K. **Empirical development of a middle range theory of caring**. Nursing Research, 40, p.161-166, 1991.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ªed. Florianópolis: Insular, 2004.

WALDOW, Vera R. **Examinando o conhecimento na enfermagem**. In MEYER *et al.* Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring**. 2ª ed., Boulder, Colorado: Associated University Press, 1985.

WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care**. A theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1988.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

Título do projeto: REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: Atuação do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias.

Pesquisador responsável: Johny Carlos de Queiroz

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE - Av. Presidente Dutra, 701 - Mossoró/RN, CEP: 59.663-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: johnycarlos@uol.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Frei Galvão – Bairro: Gramame – João Pessoa/PB. CEP: 58.067-695. Fone/Fax: (83) 2106-4777. E-mail: cep@facene.com.br

Pesquisadora: Samara Queiroz Fernandes Coêlho. Rua: Engenheiro Carlos Dumaesque, 02 – Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP: 59.631-210. Fone: (84) 8721-3837. E-mail: samarafernandes18@yahoo.com.br

O Sr. (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: Atuação do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias**” de responsabilidade da pesquisadora Samara Queiroz Fernandes Coêlho.

Objetivos, justificativa, e procedimento:

O presente estudo tem como objetivo geral: analisar a compreensão ética e técnico-profissional dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva como agentes de detecção de complicações pós-operatória em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. E como objetivos específicos: Identificar as condutas tomadas pelo enfermeiro em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, analisar a conduta dos enfermeiros na prevenção das complicações pós-operatória em usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica e averiguar a conduta dos enfermeiros frente à reabilitação e no bem-estar de usuários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica.

Deste modo, os profissionais da área da saúde, em especial, o enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o qual está intimamente ligado às fases do processo saúde-doença, durante 24 horas de um atendimento *continuum*, deve estar apto e familiarizado com as diversas manifestações de sinais e sintomas de complicações pós - operatórias, devendo assim, agir com a assistência baseada na prevenção, evitando situações emergenciais e assim, promovendo a reabilitação e o bem – estar deste paciente.

Lançando estes saberes, tomaremos como base a essência da enfermagem em cuidados intensivos e a abordagem da assistência baseada na prevenção de complicações, não somente

envolvendo os métodos tecnológicos, como também, todo o processo de tomadas de decisões, baseado na sólida compreensão das condições vitais e psicológicas do paciente.

Para tanto, será realizada uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, junto aos enfermeiros que assistem em saúde, os quais formam o setor da UTI da Casa de Saúde Dix - Sept Rosado, com a aplicação de um roteiro de entrevista semi – estruturada, utilizando – se enquanto método tecnológico a gravação de vozes em aparelho de MP3, que serão transcritas pelo pesquisador e analisadas junto ao referencial estudado.

A participação na pesquisa acontecerá de forma voluntária, ou seja, será feita por vontade própria, sem constrangimento ou obrigação, tendo o entrevistado direito de retirar o consentimento a qualquer momento que desejar, durante o desenvolvimento da pesquisa. Todas as informações coletadas para a pesquisa serão de caráter confidencial, sendo assegurado o direito a privacidade do voluntário, assim, o mesmo não será identificado em nenhuma publicação e seu nome e/ou qualquer material não será liberado sem a devida permissão deste.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portadora do RG N° _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. Recebi uma cópia deste termo livre e esclarecido onde li e esclareci qualquer dúvida.

Mossoró, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA:

COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes do estudo. É minha opinião que o indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionados a este trabalho.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do pesquisador

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do Orientador

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 - Quais as condutas a serem tomadas pelo enfermeiro na admissão do paciente na Unidade de Terapia Intensiva, após a realização da cirurgia de revascularização miocárdica?

2 - O paciente em pós-operatório está susceptível a adquirir possíveis complicações. Como o enfermeiro deve prosseguir em suas condutas para prevenir estas complicações?

3 - Quais são as principais condutas que o enfermeiro deve elaborar e exercer como sua função profissional para ajudar na reabilitação e no bem-estar deste paciente?



FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.




CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 12/08/10 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "Revascularização miocárdica: Atuação do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de complicações pós-operatórias", protocolo número: 152/2010 e CAAE: 3772.0.000.351-10, do orientador: **Johny Carlos de Queiroz** e da aluna: **Samara Queiroz Fernandes Coêlho**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/11/2010, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 24 de Agosto de 2010

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777