

CONHECIMENTO DE PACIENTES SOBRE O PROCESSO DE AUTO-CUIDADO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA*

KNOWLEDGE OF PATIENTS ON THE PROCESS OF SELF-CARE IN POST-CARDIAC SURGERY

CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE EL PROCESO DE AUTO-CUIDADO EN POST-CIRUGÍA CARDÍACA

Líscia Divana P. Carvalho

Marli Villela Mamede

Maria dos Remédios Oliveira de Araujo

Resumo: Análise do processo de autocuidado desenvolvido por pacientes após uma cirurgia cardíaca. Foi realizado no Hospital Universitário de São Luís-MA. Utilizou-se o instrumento de coleta de dados validado por Hermida (2005). Nos fatores pessoais e condicionantes básicos observou-se a predominância de mulheres e o diagnóstico médico de disfunção da válvula mitral. Nos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde a hipertensão foi o antecedente pessoal mais freqüente e o familiar foi a cardiopatia. A principal queixa foi a dor em toracotomia (60%). Nos requisitos de autocuidado universais, destacou-se a dificuldade para iniciar o sono por posição desconfortável. A maioria relatou a realização da higiene sem ajuda e a inatividade física (70%). As principais dúvidas relacionaram-se à ameaça a abertura de pontos como o ato de tossir e o esforço físico. A confecção de um manual de orientações foi a contribuição para a equipe.

Palavras-chave: Teoria do autocuidado. Cirurgia cardíaca.

Abstract: This study is based on the need to know the process of self care developed by patients after a heart surgery. It was held at the University Hospital of São Luís-MA. The data collection instrument validated by Hermida (2005) was used. On personal factors and basic constraints the predominance of women and the medical diagnosis of mitral valve dysfunction was observed. On the requirements of self-care in health deviations hypertension was the more frequent personal antecedent and the familiar was heart disease. The main complaint was the pain in Thoracotomy (60%). On the requirements of universal self-care the difficulty to start sleeping because of uncomfortable position was notable. Most reported implementation of hygiene without help and physical inactivity (70%). The main questions were related to the threat of the opening points as the act of coughing and physical effort. A manual of guidelines was the contribution to the team.

Keywords: Theory of self care. Cardiac surgery.

Resumen: Se analiza el proceso de auto-cuidado desarrollado por los pacientes después de una cirugía de corazón. Se llevó a cabo en el Hospital Universitario de São Luís-MA. Se utilizó el instrumento de recopilación de datos validado por Hermida (2005). Em los fatores personal y de restricciones básicas se observaron el predominio de las mujeres y el diagnóstico médico de disfunción de la válvula mitral. Sobre los requisitos de autocuidado en las desviaciones de la salud la hipertensión fue la información personal más frecuentes y la información familiar fueron las cardiopatías. La queja principal fue el dolor en toracotomia (60%). En los requisitos de auto-atención universales la dificultad para comenzar a dormir en posición incómoda. La mayoría informó aplicación de higiene sin ayuda y la inactividad física (70%). Las principales dudas estuvieron relacionadas con El miedo de que los puntos se abrieran con el esfuerzo físico al toser. Un manual de directrices fue la contribución al equipo.

Palabras clave: Teoría del auto-cuidado. Cirugía cardiaca.

1 INTRODUÇÃO

O quadro epidemiológico das doenças cardiovasculares ainda é crescente, representado pelas doenças coronarianas, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial entre outras. O aumento da prevalência da doença cardiovascular associado ao envelhecimento da população caracteriza as doenças cardiovasculares como um problema de Saúde Pública, em que o controle dos fatores de risco

e a intervenção precoce são primordiais para a prevenção relacionados, inclusive, com o contexto social e econômico (ALBUQUERQUE; LACATIVA, 2002).

O perfil dos pacientes está se modificando sensivelmente nos últimos anos, evidenciado pelo maior número de reoperações, idade mais avançada e presença de acentuada disfunção ventricular. Observa-se, entretanto, uma dimi-

*Artigo recebido em outubro 2011

Aprovado em dezembro 2011

nuição progressiva da mortalidade por cirurgia cardíaca, devido, evidentemente, às melhores técnicas cirúrgicas, ao melhor conhecimento da equipe sobre as alterações ditas fisiológicas, avaliações cada vez menos subjetivas e mais apoiadas na monitorização hemodinâmica tornando as decisões do estado de saúde baseadas também em dados numéricos (SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 2000).

A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo que implica em alteração de vários mecanismos fisiológicos como contato com medicamentos e materiais que podem ser nocivos ao organismo e ainda, impõe um grande estresse orgânico. Os co-responsáveis pelos melhores resultados da cirurgia cardíaca como enfermeiros, médicos, perfusionistas, fisioterapeutas e outros estão cada vez mais especializados e dedicados (DANTAS, 1999). O enfermeiro desempenha um papel abrangente no cuidado da pessoa submetida a procedimento cirúrgico complexo. A assistência de enfermagem engloba desde os cuidados pré-operatórios com monitorização cuidadosa para detecção precoce de complicações no período perioperatório, até o suporte psicológico oferecido ao doente e seus familiares, durante todo o período de recuperação cirúrgica (DANTAS, 1999).

O adequado preparo pré-operatório é fundamental para a obtenção do sucesso no tratamento cirúrgico e o conhecimento de dados pregressos do paciente não pode ser ignorado pela equipe. Uma das formas de prevenir possíveis complicações consiste nas orientações, com destaque para as formas de prevenção e seguimento do tratamento, adesão à terapêutica instituída, condutas apropriadas em cada fase do processo saúde-doença, esclarecimento das dúvidas acerca deste processo e incentivo do autocuidado (SOUSA; PIERIN, 2002). É importante que a equipe de saúde esteja atenta às dificuldades enfrentadas pelos doentes e seus familiares no período de internação e após a alta hospitalar (DANTAS, 1999).

O paciente necessita de cuidados pós-operatórios intensos a fim de preservar uma boa recuperação (SMELTZER; BARE, 2002). O pós-operatório tem uma fase precoce que é o período compreendido entre o término da operação até a plena recuperação da consciência, e uma fase tardia, que é conhecida como pós-operatório imediato (POI), ou seja, o período que ainda há instabilidade das funções orgânicas e abrange as primeiras vinte e quatro horas. O POI inicia-se no centro cirúrgico, ainda

sob supervisão do anestesista, imediatamente quando o tórax é fechado, devendo o paciente permanecer com monitorização do ritmo cardíaco, pressão arterial média e oximetria de pulso, inclusive durante o transporte para a terapia intensiva. Na instalação do paciente na unidade de terapia intensiva cardiológica ou pós-operatória, a transferência de informações e comunicações deve ser realizada pelo cirurgião e pelo anestesista, devendo incluir informações sobre intercorrências do ato cirúrgico, condutas iniciadas, tipos de intervenções, ocorrência de transfusões sanguíneas, infusão de drogas, balanço hídrico e sanguíneo do paciente (FORTUNA, 2002).

A análise clínica com exame físico minucioso deve ser realizada nesse momento e são obtidos exames como bioquímica, radiografia de tórax e eletrocardiograma, que, se necessário, são repetidos com intervalos progressivos. Nesta fase a analgesia é de fundamental importância para o conforto do paciente e para a obtenção de sua colaboração no pós-operatório. As arritmias mais frequentes nesse período são extra-sístolia ventricular, as taquicardias supraventriculares e a fibrilação atrial aguda. Para facilitar o manejo dessas arritmias no pós-operatório, são colocados fios de marcapasso epicárdicos com finalidade diagnóstica e terapêutica (SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 2000).

A alta dos pacientes após cirurgia cardíaca tem sido cada vez mais precoce e com a diminuição do tempo de hospitalização, o planejamento de um programa de acompanhamento dos pacientes torna-se essencial e mais econômico (SOUSA; PIERIN, 2002). No âmbito hospitalar, são constantes as indagações de pacientes e seus familiares sobre o processo de recuperação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. O retorno para casa após a alta hospitalar é um momento de ansiedade para pacientes e familiares, uma vez que, fora do hospital, sentem-se desprotegidos da vigilância constante da equipe de saúde, percebendo a alta hospitalar como uma ameaça a sua vida (PELEGRINO, 2005).

As necessidades de aprendizado do paciente e da sua família precisam ser identificadas e abordadas, sempre que necessário. O nível funcional do indivíduo, seus mecanismos de aceitação e os sistemas de apoio são de primordial importância, haja vista que a orientação de enfermagem ao paciente, aos seus familiares e a outras pessoas que o apóiam na sua recuperação é de extrema importância para que a sua evolução e reabilitação sejam otimizadas (SMELTZER; BARE, 2002).

Acredita-se que os enfermeiros são as pessoas mais indicadas para iniciar e manter programas de educação ao paciente em pós-operatório, pois conhecem e acompanham toda a hospitalização do paciente, podendo desenvolver e cumprir esses programas, garantindo informações específicas sobre o que os pacientes podem esperar para depois da alta (PELEGRINO, 2005).

Para a qualidade do Serviço de Cirurgia Cardíaca, é fundamental que os pacientes, durante a internação e especialmente após a alta, disponham de um acompanhamento consciente e competente de toda a equipe de saúde. O cuidado planejado, sistematizado, competente e responsável oferecido ao paciente em todas as fases operatórias e um adequado seguimento ambulatorial através da educação para saúde contribui para uma melhor e mais rápida reabilitação. Portanto, a instrumentalização do enfermeiro para o desempenho de tais competências é essencial, especialmente para aqueles que desenvolvem atividades em unidades de atendimento à cirurgia cardíaca.

Preocupadas com a fundamentação e consistência no cuidado prestado ao paciente, as teoristas de enfermagem, ao longo das últimas décadas, passaram a enfatizar, por meios de conceitos, definições e proposições, o cuidado total ao indivíduo nos aspectos não só biológicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Reporta-se à Teoria de Orem ou Teoria do déficit de Autocuidado de Enfermagem como um modelo conceitual que possibilita o embasamento do cuidado de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, esta estabelece que o desenvolvimento de um conjunto de ações contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado (OREM, 1980). Para Orem (1991), o processo de enfermagem é definido como um sistema para determinar os motivos pelos quais uma pessoa está sob cuidado, o plano de cuidados a ela destinados e a implementação do mesmo. As pressuposições básicas do modelo de Orem explicam os pontos de partida da autora, ou seja, seus valores e crenças sobre enfermagem e os requisitos para o desenvolvimento do autocuidado pelo paciente (LEOPARDI, 1999).

Conhecer e compreender o paciente e o seu processo de autocuidado após uma cirurgia cardíaca possibilita um planejamento de ações mais sistematizadas, oferecendo subsí-

dios para melhoria da qualidade de vida dessa população. Considerando que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca sem complicações recebem alta da Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UTI-Cárdio) em média no segundo dia de pós-operatório, permanecendo na enfermaria por um período de quatro a cinco dias e que o retorno ambulatorial para a primeira consulta acontece no período de 15 a 20 dias, apresentamos os seguintes questionamentos: Como o paciente percebe o processo de se cuidar longe do hospital? Como realiza esse cuidado em domicílio? Recebe ajuda de alguém? Quais são suas principais dúvidas? Que orientações lembram ter recebido? Percebe-se a importância de se compreender como estão sendo atendidas as necessidades específicas do paciente. Diante desses questionamentos tomamos como objeto de estudo o conhecimento que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca têm sobre o autocuidado.

2 METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD), da Universidade Federal do Maranhão, instituição pública federal, da cidade de São Luís, responsável pela assistência à população nas especialidades médicas e cirúrgicas, bem como nas diversas complexidades (Unidade de Terapia Intensiva, Hemodialise, Serviço de Cirurgia Cardíaca e Transplante). O serviço de cirurgia cardíaca compreende o ambulatório de cardiologia, o setor de hemodinâmica, o centro cirúrgico e a UTI-cárdio. O local do estudo foi o Ambulatório de Cirurgia Cardíaca do HUUPD, o qual é responsável pelo acompanhamento sistemático de pacientes para programação das cirurgias e seguimento após cirurgia cardíaca. A população foi constituída por todos os pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital Universitário de São Luís-MA no período de abril a maio de 2010. A amostra foi representada por 10 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que atenderam aos seguintes critérios: adultos, conscientes e que retornaram para a primeira consulta ambulatorial após a alta hospitalar e submetidos à cirurgia cardíaca pela primeira vez. Como critérios de exclusão foram estabelecidos as crianças e pacientes que já haviam submetido a outras cirurgias cardíacas.

A coleta de dados constou-se de entrevista e consulta aos registros de prontuários. A abordagem ao paciente ocorreu no dia do seu retorno ao hospital para primeira consulta no ambula-

tório de cirurgia cardíaca, o que acontece cerca de quinze a vinte dias após a alta hospitalar. Foi escolhido esse momento por ser um período em que o paciente já passou por alguma experiência de cuidado em domicílio relacionada com seu processo de reabilitação. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em modelo construído e validado por Hermida (2005). Na construção e validação desse instrumento a autora fundamentou-se no modelo conceitual da teoria de autocuidado de Orem. O instrumento possui quatro categorias: Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos, Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde; Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais e Requisitos de Autocuidado Universais. A categoria Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos é constituída pela identificação do paciente; a categoria Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde é constituída por um histórico da situação atual; a categoria Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais é constituída por antecedentes pessoais e familiares e a categoria Requisitos de Autocuidado Universais é constituída pelos padrões de sono e repouso; exercício físico; hábitos; padrões nutricionais ou hidratação; atividade diária; participação dependência familiar; relacionamento familiar; espiritualidade; segurança emocional; higiene pessoal e informações adicionais.

Foram realizadas modificações no instrumento referentes às quatro categorias descritas: fatores pessoais e condicionantes básicos, requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, requisitos de autocuidado desenvolvimentais e requisitos de Autocuidado Universais. As modificações introduzidas no instrumento original objetivaram conferir mais especificação a situação apresentada. Foram elas: na categoria de Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos foram excluídos dados como a data e hora de admissão, internações anteriores, unidade de internação procedente e acrescentado data da cirurgia, data da alta da unidade de terapia intensiva e data da alta hospitalar. Na categoria Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde foram excluídos dados de evolução do problema, realização de exames e tratamento. Foram acrescentados dados referentes às medicações. Na categoria Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais foi excluído o item cardiopatia. Na categoria Requisitos de Autocuidado Universais foi alterada a denominação de prática de esportes para prática de exercícios e adicionado o recebimento de visitas ou telefonemas. Foram acrescentados alguns itens referentes à higiene do corpo e trata-

mento específico da incisão cirúrgica. Ao final do instrumento acrescentaram-se dados referentes às orientações fornecidas e sugestões para melhoria do trabalho da equipe multiprofissional. Foi realizada a análise criteriosa das respostas obtidas nos instrumentos coletados, descritos os resultados referentes em forma de numeração e percentual e identificadas as situações de maior relevância para discussão.

Em cumprimento aos preceitos éticos a coleta de dado foi iniciada somente após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), sob o processo nº 005612/02009-30 e parecer nº 065/2010.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 foram identificadas as características do grupo segundo fatores pessoais e condicionantes básicos.

Tabela 1 - Características do grupo segundo fatores pessoais e condicionantes básicos. São Luís, 2010

FATORES PESSOAIS E CONDICIONANTES BÁSICOS		Nº	%
Sexo	masculino	4	40
	feminino	6	60
Idade	31 a 50	6	60
	51 a 70	3	30
	acima de 70 anos	1	10
Cor	branca	6	60
	parda	3	30
	negra	1	10
Naturalidade	capital	5	50
	interior	5	50
Estado Civil	solteiro	2	20
	casado	7	70
	viúvo	1	10
Escolaridade	fundamental incompleto	5	50
	fundamental completo	1	10
	ensino médio incompleto	2	20
	ensino médio completo	2	20
Religião	católica	8	80
	evangélica	2	20
Ocupação atual	do lar	5	50
	lavrador	3	30
	vigilante	2	20
Diagnóstico médico	disfunção de válvula mitra	7	70
	infarto do miocárdio	2	20
	comunicação interventricular	1	10

A tabela 1 mostra que segundo os fatores pessoais e condicionantes básicos observou-se que mais da metade dos pacientes 6 (60%) foi constituída por mulheres, 6(60%), metade procedente do interior (50%), a faixa etária mais freqüente foi de 31 a 50 anos (60%), o ensino fundamental incompleto (50%) foi a escolaridade maisfreqüente e o diagnóstico médico mais comum foi a disfunção da válvula mitral (70%).

O sexo feminino tem sido encontrado com predominância em muitos estudos. Almeida (2001) em estudo sobre sexo e fator de risco ob-

servou de forma crescente o sexo feminino como fator para complicações e risco de mortalidade para cirurgia cardíaca. Destacou, ainda, que o risco aumentado entre as mulheres é atribuído a vários fatores, dentre eles a superfície corporal reduzida, o menor diâmetro das artérias, redução de estrógeno com a idade, além das diferenças das características clínicas e angiográficas.

Em um estudo cujo objetivo foi avaliar a predição de risco em cirurgia cardíaca a idade foi identificada como um determinante crítico de complicações e de mortalidade pós-cirurgia cardíaca. Embora a importância atribuída à idade varie amplamente, constatou-se que a perda da reserva fisiológica com o aumento da idade, afeta os vários sistemas em graus variados e contribui para a morbidade elevada da população idosa, especialmente para complicações não cardíacas como disfunção renal, neurológica ou falência múltipla de órgãos (ALMEIDA, 2001).

A doença cardiovascular ocorre duas a três vezes mais em mulheres após a menopausa do que naquelas na pré-menopausa. Entre 45 a 64 anos a relação é de 1:9 mulheres que possui alguma forma da doença, enquanto esta relação passa a 1:3 após 65 anos de idade (LOTUFO, 2000). Os problemas de saúde não se referem apenas ao monitoramento de doenças, mas principalmente à análise das condições de vida da população, abrangendo o aspecto econômico, social e ambiental (TIMERMAN et al., 2001).

As características do grupo segundo requisitos de autocuidado nos desvios de saúde estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 - Características do grupo segundo requisitos de autocuidado nos desvios de saúde. São Luís, 2010

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE		Nº	%
Antecedentes Pessoais	hipertensão	4	40
	nefropatia	2	20
	diabetes	1	10
	doença pulmonar	1	10
	hipercolesterolemia	2	20
Antecedentes Familiar	cardiopatia	6	60
	hipertensão	3	30
	nefropatias	1	10
Queixa Principal	dor	5	50
	dispnéia ao esforço	1	10
	tonturas	2	20
	sem queixas	2	20
Conduta na Percepção dos Sintomas	tomou medicação	5	50
	tomou chá	3	30
	procurou posto de saúde	2	20
Medicações Utilizadas	anti-hipertensivos	6	60
	antibióticos	2	20
	outros	2	20
Responsável pela Medicação	paciente	6	60
	esposa	2	20
	filho(a)	2	20

No que diz respeito aos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde identificou-se a

hipertensão como o antecedente pessoal mais freqüente (40%) e o familiar a cardiopatia (60%). A queixa principal relatada pelos pacientes foi dor em toracotomia (50%), seguida da tontura (20%). A maioria relatou a tomada de medicação como conduta na percepção de sintomas (50%). Os pacientes que referiram ser responsáveis pela medicação foram 6 (60%), alguns referiram ter a ajuda da esposa ou de filhos (20%).

A preocupação e os problemas relacionados à ferida cirúrgica são aspectos importantes a serem abordados pelos enfermeiros junto aos pacientes além de ser um dos temas prioritários para a educação dos pacientes (PRADO; GELBCKE, 2002).

Na tabela 3 são identificados os requisitos de autocuidado universais como sono e repouso, prática de exercícios físicos, hábitos, dieta especial, higiene pessoal, cuidado com a incisão, atividade sexual e comportamento emocional.

Tabela 3 - Características do grupo segundo requisitos de autocuidado universais. São Luís, 2010

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS		Nº	%
Sono e repouso	dificuldade de iniciar o sono	6	60
	dificuldade para manter o sono	1	10
	sonolência diurna	1	10
	sem queixas	2	20
Prática de exercícios físicos	sim	3	30
	não	7	70
Hábitos	álcool	4	40
	cigarro	5	50
	nenhum	1	10
Dieta Especial	sim	7	70
	não	3	30
Higiene Pessoal	sozinho	7	70
	com ajuda	3	30
Cuidado com a incisão	lavando com água e sabão	5	50
	lavando somente com água	2	20
	lavando somente com sabonete	3	30
Atividade sexual	ausente	10	100
	presente	0	0
Comportamento Emocional	tranquilo	7	70
	nervoso	3	30

Na tabela 3 observa-se que quanto aos requisitos de autocuidado universais, 60% dos pacientes referiram ter dificuldade para iniciar o sono e o motivo mais freqüente foi encontrar posição confortável para induzir e manter o sono. A maioria dos pacientes relatou não realizar atividade física (70%) e aqueles que a realiza faz a prática da caminhada.

A atividade física deverá ser evitada até o segundo mês, sendo permitidos somente após a indicação clínica. Os pacientes portadores de cardiopatias referem mais sensação subjetiva de cansaço e dispnéia quando comparados aos indivíduos saudáveis da mesma idade e peso, resultado do desequilíbrio da oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio, isso talvez possa explicar o fato da maioria dos pacientes cardíacos serem sedentários (TIMERMAN et al., 2001).

Em estudo sobre problemas apresentados por 25 pacientes após cirurgia cardíaca Dantas (1999) observou que 5 (20%) pacientes apresentaram mudanças no humor, e 4 (16%) no padrão de sono e 2(8%) no apetite. Aqueles que referiram alteração no humor descreveram aumento da irritabilidade, sensação de desânimo e depressão após o retorno ao lar. Quanto aos hábitos de vida, o cigarro foi referido pela metade dos pacientes (50%) seguido do consumo moderado do álcool (40%), como cerveja e vinho. A maioria (70%) relatou fazer uso de dieta hipossódica e hipolipídica.

Em relação à higiene pessoal a maioria dos pacientes afirmou realizar sua higiene sem ajuda (70%), utilizando na incisão cirúrgica o sabão (50%). A higiene além de ser algo pessoal é importante para a saúde da pele e seus anexos. Entretanto, as práticas de higienização variam de indivíduo para indivíduo, segundo os padrões culturais e familiares (PRADO; GELBCKE, 2002). O cuidado com a cicatriz cirúrgica deve ser uma prioridade para a manutenção da higiene local, e para tanto se orienta a lavagem da incisão diariamente com água corrente e sabão, manter a cicatriz sempre limpa e seca, evitar o uso de pomadas ou talcos e observar a presença de sinais flogísticos. Caso apresente tais sinais orienta-se que o paciente deve procurar imediatamente o serviço de cirurgia cardíaca (TIMERMAN et al., 2001).

Nenhum paciente do estudo relatou o reinício da atividade sexual. Segundo diversos autores o paciente poderá reassumir as atividades sexuais, respeitando-se os limites, somente após o primeiro mês. Em alguns casos, o paciente desenvolve um quadro depressivo, o que é comum e deve ser tratado através de terapia ou medicamentos. Após três meses, o paciente praticamente retorna às suas atividades normais seguindo orientações específicas (ALMEIDA, 2009; LOTUFO, 2000).

Diante de uma situação de problema de saúde, a tabela 4 refere-se a que serviço procurar em situação de problema de saúde, assim como, a referência de orientações, dúvidas, e sugestões para equipe.

Tabela 4 - Características do grupo segundo o problema no estado de saúde. São Luís, 2010

PROBLEMAS NO ESTADO DE SAÚDE		Nº	%
Atendimento de Saúde	Pronto Socorro	8	80
	Ambulatório de Cardiologia	2	20
Lembrança das Orientações	Sim	3	30
	Não	2	20
	Às vezes	5	50
Dúvidas Apresentadas	sim	4	40
	não	6	60
Sugestões para equipe	Orientações escritas	6	60
	Mais informações	2	20
	Ambiente Silencioso	1	10
	Melhora do Atendimento	1	10

Diante de uma situação de problema de saúde 8 (80%) pacientes informaram procurar o Serviço de Emergência, e 2 (20%) referiram a necessidade de um atendimento ambulatorial (tabela 4).

Sobre a lembrança das orientações fornecidas durante a alta hospitalar, 5 (50%) afirmaram a lembrança das mesmas em algumas situações. No que se refere às principais dúvidas apresentadas pelos pacientes, observou-se que 4 (40%) dos pacientes relataram dúvidas quanto ao seu estado de saúde, principalmente relacionadas ao ato de tossir ou realizar esforço físico como ameaça principal à abertura de pontos.

Seis (60%) pacientes sugeriram como contribuição para a equipe de cirurgia que as informações fossem dadas também por escrito, sugerindo a confecção de um manual de orientações aos pacientes e familiares.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram concluir que segundo fatores pessoais e condicionantes básicos mais da metade dos pacientes 6 (60%) foi constituída por mulheres, 6(60%), a metade procedente do interior, a faixa etária mais freqüente foi de 31 a 50 anos (60%), a escolaridade que mais se destacou foi o ensino fundamental incompleto (50%) e o diagnóstico médico mais freqüente foi a disfunção da válvula mitral em sete pacientes (70%).

No que diz respeito aos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde percebeu-se que o antecedente pessoal mais freqüente foi a hipertensão (40%) e o antecedente familiar foi a cardiopatia (60%). A queixa principal relatada pelos pacientes foi dor em toracotomia (50%), seguida da tontura (20%). A queixa principal relatada pelos pacientes foi a dor em toracotomia (50%), seguida da tontura. Referiram também dificuldade para iniciar o sono e o motivo mais freqüente foi posição desconfortável para induzir e manter o sono.

Quanto aos requisitos de autocuidado universais, observou-se que 60% dos pacientes referiram dificuldade para iniciar o sono e o motivo mais freqüente foi encontrar posições confortáveis para induzir e manter o sono. A maioria dos pacientes relatou não realizar atividade física (70%) e aqueles que relataram informaram a prática da caminhada. A maioria referiu a realização da higiene pessoal sem ajuda (70%), utilizando na cicatriz cirúrgica o sabão. Em situação

de problema de saúde referiram a procura de um Serviço de Emergência (80%).

As principais dúvidas estão relacionadas ao ato de tossir ou realizar esforço físico como ameaça principal a abertura de pontos. Os pacientes relataram como contribuição para a equipe de cirurgia que as informações fossem dadas também por escrito, sugerindo a confecção de um manual de orientações ao paciente e familiar.

As análises realizadas neste estudo reforçam a necessidade de serem elaborados programas de educação com ênfase na reabilitação cardiovascular em que os profissionais de enfermagem têm um papel importante na implementação de ações educativas, favorecendo a prática do autocuidado e melhorando a qualidade de vida dos pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. C. de; LACATIVA, M. E. S. Diagnóstico clínico da doença arterial coronária crônica. In: BORGES, J. L. et al. *Doença arterial coronária crônica*. São Paulo: Lemos, 2002.

ALMEIDA, P. F. P. de. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. *Cogitare Enferm.*, v. 14, n. 4, p. 675-681, out./dez. 2009

ALMEIDA, F.F. *Predição de risco em cirurgia cardíaca*. 2001. (Dissertação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001

BARBOSA, H. *Controle clínico do paciente cirúrgico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986.

CARABELLO, K. *Cardiologia na clínica geral*. In: GOLDMAN, I; BRAUNWALD, E. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, L.D.P. *Diagnósticos de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca valvar*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DANTAS, R. A. S. *Reabilitação de pacientes após cirurgia de revascularização do miocárdio*. Tese (Doutorado em Enfermagem Geral e Especializada) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.7, n. 1, p.19-28, 1994.

VASCONCELOS, P. de O.; CARMONA, M. J. C.; AULER, J. O. C.J. Peculiaridades no pós-operatório de cirurgia cardíaca no paciente

idoso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 54, n. 5, p. 707-727, 2004.

FORTUNA, P. *Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca: guia para intensivista, anestesiológico e enfermagem especializada*. Prado Fortuna, SP: Atheneu, 2002.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e sistema de classificação dos elementos da prática profissional: instrumento metodológico e tecnológico do cuidar. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte, *Anais...* Belo Horizonte: ABEn, 2004. p. 31-43.

HERMIDA, P. M. V. *Elaboração e validação de instrumentos para coleta de dados na assistência de enfermagem*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

LEOPARDI, M. T. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: _____. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. v. 1, p. 49-55.

_____. *Teoria de enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, v.1, p. 49-55, 1999.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 75, n. 5, p. 369-374, 2000.

_____. Doenças cardiovasculares no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO JUNIOR, C. V. (Ed.). *Tratado de cardiologia da SOCESP*. Barueri: Manole, 2005.

OREM, D.E. *Nursing: concepts of practice*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980. p. 35-54.

_____. *Nursing: concepts of practice*. 4.ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991. 385p.

PELEGRINO, V. M. *Proposta de um protocolo para ensino do paciente submetido à cirurgia cardíaca*. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Clínica-Cirúrgica em Cardiologia) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Comunicação. In: FUNDAMENTOS de enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. *Fundamentos de enfermagem*. Florianópolis: [s.n], 2002.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: SISTEMA

de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

SENRA, D. F.; IASBECH, J. A.; OLIVEIRA, S. A. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. *Revista Sociedade Cardiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 446-454, maio/jun. 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner&Suddarth*: tratado de enfermagem medicocirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUSA, A. L. L.; PIERIN, A. M. G. Papel da

enfermagem no aumento dos índices de adesão nas doenças crônicas In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. *Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco*. 3.ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. v. 3.

TIMERMAN, R. S. et al. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1966 a 1979. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 11, n. 4, 2001.