

## **CAPÍTULO I**

### **CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Meu interesse em cuidar de clientes submetidos ao implante de valva mitral mecânica foi despertado, após a conclusão da Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, quando optei pela habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Posteriormente, a realização de um curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal instigou-me a pesquisar a doença cardíaca congênita em recém-nascidos, com abordagem na família, no cuidado diário, na cirurgia e na alta hospitalar. A visão acadêmica obtida a respeito do assunto garantiu-me aprimoramento profissional, preparando-me para a realidade que dali por diante enfrentaria na área de Cirurgia Cardíaca: cuidar de uma clientela específica.

Nesse contexto, foi muito enriquecedor estudar os clientes submetidos às mais diversas cirurgias cardíacas. Tendo como base o saber da Enfermagem e de outras áreas do conhecimento, dediquei-me à tarefa de aprofundar ainda mais o conhecimento adquirido em pesquisas anteriormente por mim realizadas, que visavam especialmente o cuidado que deve ser dispensado a esse tipo de cliente, após a alta hospitalar. Também fui motivada pela possibilidade de delinear novas abordagens, para orientá-los quanto aos cuidados diários, de forma a assegurar a especificidade de cada um na própria realidade do dia-a-dia. Trata-se, pois, de ratificar o pensamento de Tanji e Novakoski (2002, p.802) no sentido de que “[...] o cuidado é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano, podendo ser adaptadas e ajustadas conforme a necessidade [...]”.

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Minha trajetória profissional no Hospital dos Servidores do Estado (HSE) começou em 1984, quando participei do concurso público organizado pelo Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) para ingresso no Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Na ocasião, havia carência de enfermeiros no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e as autoridades responsáveis pelo concurso decidiram aproveitar os aprovados para preencher as vagas oferecidas por aquele órgão governamental. Como tinha sido bem classificada no concurso, ao ser chamada para tomar posse no cargo no HUCFF, fui informada da possibilidade de remanejamento para outro hospital, caso houvesse interesse da minha parte. Optei, então, pelo Hospital dos Servidores do Estado (HSE), ciente que estava do reconhecido saber científico e do interesse pela pesquisa revelados pelos profissionais que atuavam (e ainda atuam) nesse hospital.

A história do HSE deve ser resgatada, ainda que parcialmente, porque permanece viva, seja pelo perfil arquitetônico de suas instalações, de beleza singular, seja pela referida capacidade dos profissionais que nele atuam.

De acordo com Morínigo (1997), na década de 30, já surgira a idéia de se criar um hospital para atender aos servidores civis. Seria denominado Hospital do Funcionário Público. Em 1934 foi realizado um concurso público para aprovação de um projeto que visava à construção desse hospital. Entretanto, o lançamento de sua pedra fundamental somente viria a ocorrer três anos depois.

A criação daquele que seria o Hospital dos Servidores do Estado gerou grande expectativa na população devido às grandes dimensões da área física

a ser por ele ocupada e, principalmente, à tecnologia que viria a ser adotada. É o que nos revelam os jornais da época, que publicaram vários artigos cuja temática girava em torno daquela instituição moderna que seguia os moldes dos hospitais americanos, e era dotada de pessoal altamente qualificado (PEREIRA, 2003).

A criação do referido Hospital teve como base à história do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), criado em 1938 com o objetivo de prestar assistência médica e previdenciária a todos os funcionários públicos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989). Portanto, resultou do processo de regulamentação do IPASE, que pretendia estabelecer sua estrutura médico-hospitalar na cidade do Rio de Janeiro, antigo Distrito Federal. Em decorrência, o Artigo 43 do Decreto nº 5211, de 20/01/1943 que trata da fundação do HSE, determinou que o então Hospital do Funcionário Público, localizado na cidade do Rio de Janeiro, capital federal à época, passasse a adotar a nova denominação antes mesmo do início da construção do prédio da Instituição que se tornaria a maior representante do setor saúde no País (CARVALHO e LEITE, 1996, p.36).

No governo Vargas (1930-1945) ocorreram no Brasil várias transformações econômicas e sociais importantes (D'ARAÚJO, 1997). A organização dos sindicatos, a criação de legislações sociais e o incremento de investimentos públicos fizeram do Estado um importante agente econômico, dotado de um perfil centralizador e intervencionista que definiu a organização dos homens e da sociedade como um todo (PEREIRA, 2003).

A preocupação do Estado Novo com as áreas social e da saúde acompanhou a tendência internacional. Após a Segunda Guerra Mundial, os

governantes dos países que tinham estado envolvidos no conflito armado passaram a intervir ativamente em prol do bem-estar social de suas populações. Isso implicou em aumento dos gastos públicos nesta área, tendo como resultado uma crescente valorização do papel da assistência médico-hospitalar. A idéia era organizar “[...] uma política social ampla que fornecesse, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego e redistribuição de renda” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1999, p.178).

Em 1945, com o fim do Estado Novo, teve início o processo de redemocratização do país, época em que o Governo passou a estar mais atento às reivindicações sociais. Em 1946, o presidente Eurico Gaspar Dutra assumiu o compromisso de incrementar ainda mais a área social, principalmente em relação à assistência médico-hospitalar, o que se concretizou em 28 de outubro de 1947 com a inauguração do Hospital dos Servidores do Estado.

O dia 28 de outubro foi o escolhido para a inauguração por ser aquele em que se homenageia o funcionário público. Leite (1996, p.36) destaca as autoridades que compareceram ao evento: o Presidente da República, Eurico Gaspar Dutra; o Vice-Presidente, Nereu Ramos; todos os Ministros de Estado e membros do Gabinete Civil da Presidência da República; os Presidentes do Senado e da Câmara Federal; o Cardeal D. Jaime de Barros Câmara; o Prefeito da cidade do Rio de Janeiro e os Presidentes das Autarquias federais.

Pereira (2003) destaca o trabalho do pediatra Júlio Dickstein, que atuou na década de 40 naquele hospital, onde permaneceu até os anos 70:

[...] Por ser uma Instituição de saúde destinada ao atendimento dos servidores públicos federais, o Hospital recebia uma clientela bastante diversificada e numerosa. Tinha como usuários desde serventes a filhos de Ministros, chegando até mesmo ao Presidente da República. Contudo, independente de hierarquia funcional e social, ou do cargo ocupado, a todos era dispensado igual atendimento [...].

Os dados publicados pelo Setor de Identificação e Registro do Hospital dão uma idéia do perfil da clientela atendida nos primeiros anos de funcionamento: 40,90% era da raça branca; a maioria composta de solteiros (51,12%) e católicos (87,90%), integrantes dos quadros de pessoal dos Ministérios da Guerra, da Justiça e da Marinha (SILVA, CAMPOS e PINHEIRO, 1955).

Os dados revelam que, entre 1947 e 1948, o Hospital excedeu sua capacidade de atendimento em cerca de 300%, realizando 107.195 consultas e chegando a 239.718, três anos após. O número expressivo de atendimentos foi justificado, em função do elevado padrão dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais que compunham as equipes Médica e de Enfermagem, ambas muito participativas e interessadas em alcançar aprimoramento científico, o que contribuía para destacar o Hospital como o primeiro da América Latina, considerado 'Padrão A' pelos cirurgiões norte-americanos (CARVALHO e LEITE, 1996, p.52).

À época de sua inauguração, em 1947, o Hospital tinha capacidade para atender a 200.000 pessoas em diversas especialidades; possuía 600 leitos (MORÍNIGO, 1997) e contava com 555 funcionários, dos quais 70 médicos, 4 dentistas, 40 enfermeiros e 80 auxiliares de enfermagem. O restante do quadro funcional era composto por auxiliares de serviços diversos que executavam

atividades em setores diferenciados (refeitório, copa, rouparia, higienização, oficina, gráfica, almoxarifado, ambulância), técnicos de laboratório, radiologistas, patologistas e agentes administrativos que atuavam na sala de internação, na identificação, na ouvidoria e no setor de recursos humanos. Atualmente (2005) o Hospital dispõe de 3595 funcionários, distribuídos entre 388 enfermeiros, 992 auxiliares de enfermagem, 26 assistentes sociais, 810 médicos, 40 nutricionistas, 31 farmacêuticos, 33 odontólogos, 18 psicólogos e demais representantes de outras categorias funcionais.

Leite (1996, p.52) relembra as palavras do diretor do HSE, em 1970, decorridos 23 anos da criação do hospital:

[...] o diretor do Hospital chamou-me e disse que eu ia fazer um estágio na clínica do professor Dr. Zerbini, porque havia um médico de Cleveland [EUA] para inaugurar e dirigir a Clínica Cardiovascular que seria inaugurada em um ano [...].

A partir daí nasce o Serviço de Cirurgia Cardiovascular nesse hospital. Os períodos de 1971/1980, 1982/1989, 1990/1996 e 1996/2002 foram fases bem delimitadas, financiadas por programas de incentivo à pesquisa, patrocinados pelos Ministérios da Educação, da Saúde e de Ciência e Tecnologia.

Neste cenário, em 1985, fui empossada como Enfermeira Assistencial, passando a exercer atividades na Clínica de Cirurgia Cardíaca de pré e pós-operatório. Assim teve início minha trajetória no Hospital dos Servidores do Estado, mais especificamente no Centro de Pesquisa, Tratamento e Ensino de Cirurgia Cardíaca, criado em 1982, em convênio com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Este setor tornou-se importante também por propiciar meios à equipe de

Enfermagem (composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de aprofundar seus estudos e, desta forma, estarem aptos a estabelecer ações compatíveis com as necessidades de cada cliente portador de doença cardíaca.

A perspectiva de continuar a aprimorar meus conhecimentos técnico-científicos e de poder exercitar um cuidado que atendesse plenamente o cliente era percebida por mim como uma oportunidade ímpar. Nesse sentido, o trabalho conjunto com a equipe multidisciplinar naquela Clínica contribuiu para que eu acumulasse experiência assistencial e administrativa, como Enfermeira Chefe e Adjunta da Unidade de Cirurgia Cardíaca, cargos que ocupei no período de 1991 a 1994.

Um dos objetivos daquela equipe era a capacitação de profissionais para atender, durante o pré e o pós-operatório, a clientela portadora de doença cardíaca com indicação cirúrgica: angioplastia coronariana transluminal percutânea, revascularização miocárdica, aneurismectomia de aorta, valvoplastia, implante valvar, ventriculectomia, transplante cardíaco e correções congênitas. Desta clientela diversificada faziam parte recém-nascidos, lactentes, crianças, adolescentes, adultos e idosos, pessoas oriundas de diferentes situações sócio-econômicas e culturais, que professavam credos diversos, configurando assim um universo de realidades díspares e experiências de vida singulares.

Cabe aqui um adendo: em 1970, por ocasião da inauguração da Clínica Cardiovascular, foram criados o “Manual de Procedimentos da Clínica Cardiovascular” e o “Manual para Orientação a Pacientes Candidatos a Cirurgia Cardíaca” (LEITE, 1996, p. 52), documentos que sofreram modificações e foram



aperfeiçoados a partir das experiências cotidianas dos profissionais envolvidos e do advento e incorporação de novos saberes e tecnologias. Em 1989, surgiu o “Manual de Orientação ao Paciente de Cirurgia Cardíaca de Pós-Operatório”, elaborado pela equipe de enfermeiros do ambulatório de atendimento a clientes, durante o período pré- e pós-operatório de cirurgia cardíaca. O protocolo fora atualizado e continha informações importantes, voltadas para a obtenção de resultados positivos na cirurgia. Nele era ressaltada a necessidade da cooperação do cliente com a equipe de saúde e a observância de instruções indispensáveis ao seu restabelecimento, após a alta hospitalar.

O primeiro contato desses clientes com o hospital, feito no período pré-operatório, acontecia naquele ambulatório, onde eram avaliados por uma equipe de saúde multidisciplinar (Cardiologista, Enfermeiro, Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista). Na ocasião, após serem informados verbalmente quanto às rotinas hospitalares que envolviam a cirurgia, cada um recebia um exemplar do referido Manual. Posteriormente, já admitidos no hospital, ao chegarem à enfermaria, eram aconselhados a guardá-lo junto aos seus pertences. Percebia-se que, além de não terem conseguido assimilar as instruções nele contidas, denotavam desinteresse pelo assunto e, quando indagados por algum membro da equipe de enfermagem sobre a razão dessa atitude, argumentavam que o leriam depois da cirurgia, “se tudo saísse bem”.

Zago e Casagrande (1997, p.669-74) afirmam que a orientação, quando transformada em prática ritualizada, nega ao cliente o papel de agente ativo do processo e deixam de lado a concepção de que ele é um ser individual com necessidades específicas de aprendizagem. Todo o procedimento tende então

à exclusão total ou à restrição parcial do cliente no processo. Essas conclusões derivam de estudos realizados pelos autores com um grupo de enfermeiros de clínica cirúrgica. Zago e Casagrande detectaram que a atividade de orientação foi compreendida e executada sob a influência do contexto cultural da enfermagem geral, sendo incorporada pelo enfermeiro como um ritual.

Diante dessa constatação, comecei a buscar as razões para o aparente desinteresse dos clientes pelas instruções escritas que direcionavam o agir de cada um durante as etapas do pré- e do pós-operatório. Verifiquei que, por motivos diversos, muitas informações não eram bem assimiladas, sobretudo no que se referia à incompatibilidade com a própria realidade e à noção de valores, percepções e atitudes em relação à doença, evidenciando uma situação recorrente, que independia da faixa etária do cliente internado.

Também pude observar que tanto no pré- como no pós-operatório, a maioria dos clientes mostrava sinais de estresse, traduzidos por olhares desconfiados, mãos frias e por vezes trêmulas, silêncio profundo, gestos e perguntas repetitivas. Tal situação era mais freqüente no período pré-operatório, quando o medo e a insegurança emergiam diante do desconhecido. Surgiam também indagações de familiares, pessoas que precisavam ser ouvidas e esclarecidas com extrema atenção, por revelarem aspectos pessoais subjetivos, emoções e sentimentos que deviam ser considerados de forma a que se pudesse compreendê-los. Importantes também era a percepção das dificuldades enfrentadas pelo cliente neste período, assim como a análise criteriosa das posturas adotadas (ARAÚJO, 2000).

Em geral, os clientes, diante da necessidade de serem submetidos a uma cirurgia, tornam-se estressados, sentem-se como se estivessem 'andando

em um fio sobre um despenhadeiro', conforme muitos descreveram, às vésperas da cirurgia. Henze (1987) pesquisou a experiência do cliente cirúrgico "tendo que ser operado" e obteve resultados compostos por três sub-processos interligados e interdependentes.

O primeiro, "tendo perturbações físicas", representava a vivência física do cliente. O segundo, "buscando solução", expressava mais sua vivência mental ou racional. O terceiro, "sentindo", refletia principalmente seus sentimentos e emoções. Para Henze (1987), o enfrentamento de uma cirurgia é uma experiência difícil e desagradável que pode ser amenizada através das vivências, "buscando explicações", que gerem confiança, um processo de ajuda, que visa fundamentalmente apoiar e facilitar o cliente para o processo designado "tendo de operar" (Op. cit.). Logo, é preciso que haja um ponto de equilíbrio entre equipe de saúde e cliente, desde o primeiro momento até o pós-operatório. À equipe de saúde cabe o incentivo ao desenvolvimento de uma atitude mental positiva por parte do cliente, sobretudo quanto ao fato de se tornar portador de uma valva mitral mecânica.

Ainda como membro da equipe de cirurgia cardíaca, durante encontros dos membros de enfermagem para avaliar cada caso, percebia que os clientes prestavam muita atenção no que se falava sobre as condições físicas e as necessidades de cuidados de cada um. Muitas vezes interferiam nas discussões e expressavam seus medos e anseios, quando indagavam: "Como estou?" "Vou ficar bom?". As respostas que obtinham faziam com que pensassem em longo prazo, ou seja, no período pós-alta hospitalar. Com isso, de alguma forma, ficavam mais tranquilos quanto ao seu estado de saúde, ainda que não se sentissem envolvidos na própria realidade, mas apenas na

situação que vivenciavam naquele momento, confirmando o pensamento de Lunardi et al. (2004, p. 933-9) de que, na prática, “[...] a implementação de um programa ou de um tratamento reconhecido como a resposta e a solução para os clientes [...]” muitas vezes independem do que eles, como pessoas “[...] pensem, sintam, acreditem, prefiram e desejem [...]”.

Todo esse contexto fez com que eu percebesse a real necessidade de se pensar numa forma de transmitir àqueles clientes e a suas famílias, noções mais claras sobre educação para a preservação da saúde e a importância das orientações para o cuidado pré e pós-cirúrgico.

Normalmente o cliente é admitido na enfermaria 24 horas antes da cirurgia. Ao chegar, é informado quanto às rotinas, preparo da pele à administração de drogas específicas, para que esteja ciente quanto aos horários de realizações desses procedimentos. No dia seguinte, é encaminhado à sala de cirurgia. Esse período, caracterizado como transoperatório, vai desde o início da cirurgia até a transferência para a unidade de terapia intensiva de cirurgia cardíaca, setor responsável pela recuperação da função cardíaca através do uso de aparelhos de última geração e de materiais específicos (KAWAMOTO, 1999, p. 110). É um período considerado crítico, devido à complexidade da cirurgia a que o cliente é submetido e aos procedimentos que lhe são inerentes.

Existe uma rotina de atribuições pertinentes à equipe de enfermagem, no pré e pós-operatório, no período que se segue à experiência da cirurgia propriamente dita e durante a permanência do cliente na unidade de terapia intensiva. Em geral, após o terceiro dia de pós-operatório, o cliente retorna à enfermaria. Se fisiológica e hemodinamicamente estável, é incentivado a

realizar os primeiros movimentos ativos, tais como levantar da poltrona e ir para o leito, caminhar e demonstrar algum interesse pelos próprios cuidados. A enfermagem deverá restringir-se a realizar intervenções para restaurar a integridade estrutural do cliente, posicionando-o adequadamente, por exemplo, visto que a variação de movimentos limitará o aparecimento de lesões e incapacitação (GEORGE e MYRA, 2000 p. 159-67).

Minha preocupação em despertar a atenção dos clientes para o cuidado pós-cirúrgico sempre esteve vinculada ao preparo dos mesmos para a alta hospitalar. Era uma dinâmica de cuidados centrada apenas nos sinais e/ou sintomas decorrentes do pós-operatório ou de eventuais complicações e, portanto, não visava à prescrição do cuidado, à profilaxia ou ainda, ao cuidado para a manutenção da própria saúde dali por diante. Porém, a partir dessas questões, passei a observar que as carências no suporte de cuidado pós-operatório de cirurgia cardíaca contribuíam para que as informações transmitidas no pré-operatório, durante o processo educativo, não fossem suficientemente claras para ajudar os clientes a enfrentar eventuais problemas de saúde após a alta hospitalar, quando então livres e responsáveis para agir por conta própria.

A esse respeito, Zago (1997, p. 69-74) atribui às informações sobre o evento cirúrgico “[...] a minimização da ansiedade e das complicações pós-operatórias e a obtenção de uma participação ativa do cliente na sua reabilitação [...]”, visto que o ensino desses clientes “[...] é vantajoso para o desenvolvimento da sua independência em relação à equipe de saúde, manutenção da saúde, diminuição da gravidade da doença e redução da ansiedade [...]”.

De acordo com Brunner & Suddarth (2002), o enfermeiro pode ajudar o cliente e seus familiares a estabelecerem metas que satisfaçam as necessidades individuais do cliente, desde que, antes de admiti-lo no hospital, elabore e desenvolva com ele um plano de ensino, a ser revisado a cada deslocamento para hospitalização.

Minhas observações sobre a temática aqui desenvolvida têm corroborado a literatura científica, já que revelam que o cuidado adequado depende não só do preparo do cliente, executado pela equipe multidisciplinar envolvida na assistência, mas, em particular, da ação educativa do enfermeiro, tendo em vista sua proximidade com o processo do cuidar e dos cuidados, “que englobam todas as ações de saúde e devem estar inseridas em sua prática diária” (SILVA, 1999). Isto se evidencia no seguinte fato: nas últimas duas décadas, tem crescido a preocupação com a adoção de intervenções que, por meio da educação voltada para a saúde, de fato auxiliam o cliente a mudar o seu comportamento, ajustando-o, de maneira a promovê-la.

Todavia, Teixeira (1999, p. 7) discorda da idéia de que seja implantado um plano educativo elaborado previamente à admissão. Para esta autora, na condição de educador, o enfermeiro não deve ficar restrito a fórmulas prontas; ao contrário, deve buscar autonomia para estabelecer uma relação dialógica com o cliente, a partir da sua realidade e experiências. Na fase de pós-operatório, os cuidados de enfermagem são segmentados e organizados em torno da realidade do cliente hospitalizado, embora nem sempre ele seja capaz de perceber nitidamente as alterações fisiológicas e emocionais que está vivenciando. Essa desatenção, proposital ou não, pode causar-lhe prejuízos futuros em relação ao próprio cuidar após a alta hospitalar, pelo inadequado

aprendizado de práticas preventivas benéficas à própria saúde e que deverão ser por ele mantidas pelo resto da vida.

Durante o período pós-operatório, o cliente de cirurgia cardíaca, especificamente o que se submeteu a implante valvar em posição mitral, vivencia uma situação singular decorrente da sua doença. Precisa ser ouvido quando expressa suas dúvidas, receios e ansiedades. É necessária a percepção do conhecimento que tem acerca de seu quadro, para que possa ser orientado com segurança, sempre que possível. Ademais, o fato de verbalizar suas emoções e dúvidas a respeito da cirurgia poderá aguçar a sua compreensão e minimizar o seu estresse (FLÓRIO e GALVÃO, 2003, p. 630-70).

Entretanto, o cliente deve prestar a máxima atenção aos cuidados que lhe forem dispensados durante a hospitalização. Através de uma observação constante poderá adquirir novos conhecimentos sobre o cuidado que deverá ter, ao acordar, levantar, fazer a higiene oral e corporal, preparar e/ou ingerir o desjejum, repousar, observar o uso correto das medicações prescritas nos horários aprazados, fazer e/ou aceitar as dietas, deambular durante o dia, atentar para as dosagens do anticoagulante oral e realizar seus afazeres cotidianos.

Para o estabelecimento da continuidade do processo dos cuidados de enfermagem, é preciso correlacionar o posicionamento do cliente diante das experiências da cirurgia e da vontade de preservar a própria saúde, ou seja, o exercício de uma prática reflexiva, feita de acordo com a sua visão de mundo e o seu modo de perceber suas necessidades e/ou possibilidades de superar algumas limitações momentâneas.

Ao se sentir doente, o cliente torna-se solitário, voltando o pensamento para os seus familiares e amigos. As pessoas, particularmente as mais próximas, são muito importantes para o seu restabelecimento, como afirma Levine (1973). Sendo assim, quaisquer orientações, verbais ou escritas, voltadas para a saúde do cliente, devem ir além do cuidado com a incisão cirúrgica, do ensino em relação à dieta e à atividade física, do uso da terapia de anticoagulação oral e da antibioticoprofilaxia específica (BRUNNER & SUDDARTH, 2002). É preciso que o cliente seja levado à reflexão sobre a realidade em que está inserido e incentivado a identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar sua qualidade de vida (MS, 2000).

Com o pensamento voltado para a sistematização dos cuidados de enfermagem, comecei a mostrar a cada cliente a quem atendia a razão desses cuidados, amparada no conhecimento adquirido e estruturado durante o processo de formação profissional, nas experiências no campo da prática e na vivência pessoal (WALDOW; LOPES, 1998, p. 53-85). Assim, passei a destacar as possibilidades de soluções para alguns problemas, suas vantagens e desvantagens, os riscos, a necessidade de manter dietas equilibradas, bem como a observação criteriosa das restrições a certos tipos de alimentos, o rigor na ingestão regular de medicamentos, a antibioticoprofilaxia específica, a coleta regular de sangue para controle dos níveis sanguíneos indispensáveis à terapia de anticoagulação, entre outras rotinas de cuidados que se complementavam.

A terapia de anticoagulação é um processo nem sempre muito bem entendido pelo cliente. Em alguns casos, tornou-se imperioso que eu passasse a fazer uso de uma linguagem matemática para explicar as dosagens do



medicamento; em outros, precisei desenhar o comprimido de forma fracionada, ensinando como ingerir cada porção; em outros, ainda, utilizei a estratégia de colar na folha de orientação de alta, o comprimido previamente fracionado com uma lâmina, transcrevendo em seguida a prescrição médica com os aprazamentos, visando com isso a uma facilitação visual que possibilitasse o uso correto do medicamento. Essas orientações eram acompanhadas atentamente pelos clientes. Confiantes e serenos, apostavam que não cometeriam falhas e não esqueceriam de fazer uso adequado das medicações.

Acredito que se justificam as orientações transmitidas dessa forma. O objetivo maior é fazer com que os clientes entendam que a administração incorreta do medicamento poderá causar hemorragias em todos os sistemas do corpo. Esse entendimento capacita-os a perceberem as razões das restrições ao uso de drogas que alteram a coagulação sangüínea, tais como anti-inflamatórios, antiarrítmicos, alguns tipos de antibióticos, anti-tuberculostáticos, anti-agregantes (ácidos salicílicos), anti-arrítmicos, antifúngicos, alguns hipolipidemiantes, hormônios, hipoglicemiantes orais, ansiolíticos, antiepiléticos, hipnóticos, vitamina K e outros, ainda em estudo. Além disso, é relevante no reconhecimento dos alimentos que devem ser evitados, por conterem substâncias que também interferem na coagulação. Na verdade, mais uma forma de se reforçar a necessidade de observação rigorosa da dieta prescrita (FONTCUBERTA e TAMARGO, 2003 p. 61-73).

Como se vê, o entendimento do cliente é crucial no que concerne ao cuidado. A observância das normas prescritas pode levá-lo a um caminho de descobertas por meio da reeducação para a saúde. Quando bem assimiladas, as informações transmitidas poderão gerar grandes compensações em termos

de qualidade de vida, o que ratifica a idéia de que o cuidar da enfermagem tem um sentido muito mais amplo que o simples propósito de encaminhar o cliente para a alta.

O desenvolvimento de minha vida profissional ainda se baseia na busca contínua por procedimentos que me levem a realizar um cuidar de enfermagem que propicie ao cliente condições de reassumir seu cotidiano com segurança, responsabilidade e consciência em relação a tudo aquilo que lhe permita preservar a saúde, mesmo diante dos seus questionamentos (SWADA e PUPULIM, 2002).

### **1.1. A Problematização do Tema**

No cotidiano da prática de cuidar, sempre me deparo com uma cena singular: o momento em que clientes deixam o hospital, após receberem alta. Vivenciando há anos este momento tão especial para os clientes, estou convencida de que o processo de cuidar não pode ficar restrito às dependências do hospital, mas deve fazer parte da vida diária de cada um deles. Sendo assim, decidi colocar em prática uma forma de cuidado direcionada para a alta hospitalar, com ênfase nas orientações que precisam ser transmitidas aos clientes e que dizem respeito às medicações e às atividades cotidianas. Um procedimento que leva em conta as limitações físicas temporárias que um cliente possa apresentar, para manter e/ou realizar seus cuidados de saúde. Valho-me neste caso da assertiva de Coelho (1999, p.15) de que o cuidar/cuidados de enfermagem deve oferecer “[...] segurança para o cliente desde sua chegada para a hospitalização, até a volta para o seu meio

social e sua vida cotidiana [...]”.

A forma de cuidar e a atenção dispensada ao cliente durante o ato de cuidar, e a percepção das expectativas dos clientes, ao serem cuidados, constituem os construtos do cuidar (CROSSETTI, 2000, p.48), dentre os quais Boehs e Patrício (1999, p.302) ressaltam: assistir alguém, agir para prever, ter afeição, preocupar-se com, coordenar para, ouvir, fazer, abrigar, conhecer a realidade do outro, presença, ações técnicas e físicas.

A atenção por mim dispensada ao cliente, na unidade de clínica cirúrgica do Hospital onde exerço atividades profissionais, baseia-se no cuidar e nos cuidados prestados no cotidiano; nos conhecimentos técnico-científicos advindos das ciências humanas, sociais e biológicas, e na prática da enfermagem em si mesma. É um modo de cuidar intrínseco à minha forma peculiar de abordagem, quando imagino soluções de ordem prática, numa busca pessoal de melhores condições de atendimento, sobretudo quando o cliente alcança a fase da alta hospitalar.

Nessa linha de raciocínio, respaldo-me em Coelho (1999, p.15) para quem o cuidar é “[...] um processo de imaginação, mesmo diante de um cuidado que exija rapidez e habilidade [...]”. Para a autora (Op.cit., p.15), o cuidar/cuidado de enfermagem não é limitado; logo, deve atender às necessidades humanas “[...] a partir das prioridades de manter a vida [...]”, significando dizer a busca de melhores condições de vida para o cliente, dentro de sua visão de mundo e com liberdade para agir com autonomia.

A maioria dos clientes cria alguns vínculos de dependência com a enfermagem. Tais vínculos são detectados no processo de hospitalização, quando os clientes tornam-se vulneráveis, ao perderem seu poder decisório,

mesmo quando relacionado a coisas simples (FLÓRIO e GALVÃO, 2003, p. 631). Depois, já conscientes das próprias limitações biopsicossociais, percebem que o profissional daquela área tem a intenção de auxiliá-los naquilo que diz respeito ao próprio cuidar. A partir daí, o vínculo muda de feição, embora tenda a permanecer, viabilizando a construção de um conhecimento comum a ser aplicado rotineiramente nos respectivos contextos diários.

Calcada nesta realidade, desde o início da minha trajetória profissional, a prática que tenho exercido sempre visou beneficiar o cliente e sua família, tornando-se um processo de informar e educar para transformar. Com o passar dos anos, minha prática profissional cristalizou-se; tornou-se mais apurada a minha habilidade em relação às ações desenvolvidas junto aos clientes e à busca constante de uma forma de cuidar / ensinar que lhes propiciasse autonomia por meio da informação e da prática educativa (TEIXEIRA, 2004).

A meu ver, essa maneira de perceber o cotidiano permite que qualquer um de nós seja capaz de olhar para o próprio corpo e de avaliar a maneira de pensar e sentir em relação a si e ao outro, refletindo sobre esse processo de apreensão do conhecimento. Assim, ao desenvolver um cuidar que contribua para a qualidade de vida do cliente como cidadão em seu contexto social (Op. cit., 2004), procuro executar ações terapêuticas de enfermagem e de transformação que lhe permitam retornar com segurança às suas atividades cotidianas, após a alta hospitalar.

A arte de cuidar, considerada uma ciência sensível que conjuga ação, técnica e emoção (FIGUEIREDO e CARVALHO, 1999, p. 29), é o que me leva a imaginar como devem ser desenvolvidos os cuidados de enfermagem junto a clientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca (confortar, medicar, higienizar,

ajudar, ouvir, apoiar e encaminhar, dentre outras necessidades) e a identificar suas prioridades considerando, principalmente, os aspectos biológicos e sócio-culturais de cada um.

A possibilidade de refletir acerca das necessidades dos clientes é o que me desafia a estimulá-los a expressarem suas reais necessidades, pois, concordando com Freire (2003, p. 52), defendo um permanente esforço de reflexão dos oprimidos sobre as suas condições concretas. Com isso, não pretendo criar ou estabelecer um jogo intelectual porque, corroborando a idéia do autor, “[...] a reflexão, se realmente reflexão, conduz à prática [...]”, que é o que almejo em relação ao cliente.

Crossetti et al. (2000, p. 45) afirmam que “[...] uma das maneiras de dar concretude às nossas reflexões seria através da compreensão da experiência vivida por aquelas que estão no cotidiano da prática profissional [...]”. Esse caminho é o que percorro diariamente, sempre com a proposta do cuidar individual e específico. Na verdade, a intenção é descobrir se, na visão do cliente, um determinado cuidado prescritivo fará diferença no seu dia-a-dia; se realmente prestam atenção ao que lhes é ensinado e se valorizam esses cuidados.

Desta forma, fica claro que tenho procurado desenvolver o cuidar / cuidados com um olhar voltado para a realidade dos clientes submetidos ao implante de valva mitral mecânica. Busco apoio na literatura científica sobre o assunto, sobretudo em obras cujos autores estejam ligados à área de Enfermagem e também em outros cujos pensamentos interdisciplinares dêem suporte teórico e técnico às etapas do cuidado de clientes após a alta hospitalar, em especial aqueles submetidos a algum tipo de cirurgia cardíaca.

Em 2003, sempre objetivando o meu aprimoramento profissional e visando obter melhores e mais específicos conhecimentos acerca do cuidado individualizado de clientes após a alta hospitalar, inscrevi-me como aluna especial na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), para cursar duas disciplinas do Departamento de Enfermagem Hospitalar. A primeira, “Pragmática Assistencial”, teve como conteúdos “A Subjetividade e a Enfermagem Assistencial” e a “Comunicação Não-Verbal no Cenário Hospitalar”. A segunda enfocava o “Cuidar e os Cuidados de Enfermagem”, com visão aprofundada dos “Modelos Assistenciais de Enfermagem com análise crítica dos aspectos conceituais e das mudanças por eles determinadas nos padrões de qualidade da assistência de Enfermagem” e ainda “A pesquisa e o desenvolvimento tecnológico como instrumento de transformação”.

Essas disciplinas deram-me estímulo para refletir e pesquisar em busca de algo que eliminasse a sensação de que sempre deixava de fazer algo no cuidado que dispensava ao cliente que estava tendo alta hospitalar. Em minha maneira de ver, talvez faltasse ainda um gesto especial ou uma atenção específica que seria inerente àquele momento.

A Enfermagem Contemporânea, que originou a atividade educativa do enfermeiro, assim entendida por Waldow, Lopes e Meyer (1998, p.26), resgata e discute a ampliação da arte de cuidar introduzida e profissionalizada por Florence Nightingale. Para as autoras, “[...] o cuidar, além de constituir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e ciência [...]”. Assim sendo, as transformações sócio-culturais ocorridas nas últimas décadas têm contribuído para que as atividades educativas do enfermeiro junto ao

cliente / paciente sejam destacadas como de fundamental importância para a promoção e manutenção da saúde (MELLES & ZAGO, 1999, p.85).

A forma de cuidar que dispense ao meu cliente, como já referido, resulta de minha prática profissional e do conhecimento científico acumulado ao longo dos anos. Meu comportamento e minhas reflexões vêm sendo insistentemente direcionados para a questão da alta hospitalar, no sentido de prepará-lo para uma nova realidade de vida, considerando que, em decorrência da cirurgia, ele se tornará momentaneamente incapaz de desempenhar sozinho, e a contento, suas atividades rotineiras diárias, o que poderá gerar muitas dúvidas e até mesmo a somatização de novos problemas. É um compromisso que busca envolver o cliente no processo de recuperação da própria saúde, tornando-o responsável pela sua adaptação a esta nova realidade.

Há que se considerar, contudo, que o cotidiano de uma clínica de um hospital público é permeado por dificuldades. Cabe à equipe de enfermagem a responsabilidade de informar, orientar e/ou ensinar o cliente, sempre que se fizer necessário, visto que o conhecimento do cliente é fundamental para que ele alcance a independência e a autonomia em relação ao seu cuidado (LUNARDI; LUNARDI FILHO, SILVEIRA; LIPINSKI, 2004, p. 933-9). Nesse contexto, o cuidar / cuidados de enfermagem desenvolvidos a partir da orientação/informação transmitida a partir de uma abordagem adequada, e de acordo com as experiências e conhecimentos de ambos (profissional e cliente), propiciam o ensino-aprendizagem mútuo acerca dos aspectos envolvidos na questão dos cuidados após a alta hospitalar.

Pela complexidade desses cuidados no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca de implante de valva mitral mecânica, confirma-se que o

preparo dos clientes para a alta é uma continuidade importante das ações de enfermagem, executadas com base em valores éticos, avaliação crítica e sensibilidade, de tal modo que possibilitem a cada um captar a própria realidade e promover o desenvolvimento do seu cuidado, embora reconhecendo as limitações que têm para realizá-los. Ou seja, ao avaliar essas limitações, entendo ser problemático para o cliente superá-las sem que haja uma prática educativa que atenda às suas expectativas. É necessário, portanto, ajudá-lo a aprender a desenvolver as próprias rotinas por meio de conteúdos da prática do cuidado, sendo certo que, se tais conteúdos puderem ser visualizados graficamente, o aprendizado será melhor e terá mais eficácia.

## **1.2. O Objeto, a Questão Norteadora e os Objetivos do Estudo**

O objeto deste estudo foi a criação de uma Agenda de Cuidados voltados para os clientes submetidos ao Implante de Valva Mitral Mecânica.

A questão norteadora dirigida ao cliente com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar foi a seguinte: “Quais os impedimentos e as necessidades sentidas por você para cuidar da saúde após a alta hospitalar?”.

A resposta a esta questão visou alcançar os cinco objetivos descritos a seguir:

- 1- Traçar o perfil dos clientes com implante de valva mitral mecânica.
- 2- Identificar os impedimentos e as necessidades desses clientes.
- 3- Avaliar as possibilidades de realização de cuidados por esses clientes.



4- Analisar os temas e os conteúdos que, a partir da prática educativa do enfermeiro, devem ser transmitidos a esses clientes através de uma Agenda de Cuidados.

5- Elaborar uma Agenda de Cuidados a serem desenvolvidos rotineiramente pelos clientes submetidos a implante de valva mitral mecânica, após a alta hospitalar.

### **1.3. A Justificativa do Estudo**

O estudo é resultante das minhas reflexões e observações sobre o tema e da prática profissional, ao longo de mais de dezoito anos, com clientes submetidos ao implante de valva mitral mecânica que apresentam dificuldades de adaptação à nova rotina de vida, após a alta hospitalar.

Como já referido, todos expressam inquietações em relação à própria saúde e à continuidade dos cuidados que devem observar para alcançar melhor qualidade de vida. Também demonstram curiosidade em relação a certos procedimentos, indagando, por exemplo, dentre outras questões, se a higiene do corpo pode prejudicar a cicatriz cirúrgica, se saberão fracionar as medicações, se não vão esquecer o que deve ser excluído da dieta alimentar e quando devem retomar as atividades normais de sua vida diária.

Para todos os clientes submetidos a esse tipo de cirurgia, a alta hospitalar é um evento de grande relevância; em sua visão de mundo, percebem-na como muito importante para o seu futuro, embora também represente o momento em que devem assumir uma nova carga de atribuições e responsabilidades que precisam ser observadas e cumpridas criteriosamente.

Acredito que minha experiência profissional, no âmbito hospitalar, além de contribuir para a compreensão e a capacidade de avaliação dos dados objetivos e subjetivos relacionados a uma nova rotina desse tipo de cliente, possa preencher lacunas de conhecimento nesse campo de trabalho da enfermagem que permitam a divulgação de saberes complementares sobre o assunto, ao mesmo tempo favorecendo uma vida mais equilibrada para o cliente, com vistas a uma reintegração rápida ao seu dia-a-dia e propiciando mecanismos para uma melhor atuação do enfermeiro junto a essa clientela.

Trata-se, mais que tudo, de inserir os clientes, de forma segura, em uma nova realidade, tornando-os capazes de assumir um papel participativo no próprio cuidar frente às mudanças, decorrentes da cirurgia a que foram submetidos, e que fatalmente surgirão em seu cotidiano; mudanças mas que não devem impedi-los de continuar a viver normalmente, mesmo com algumas restrições.

Essas mudanças farão parte da rotina do cliente e de sua família; de alguma forma afetarão a vida de cada componente do grupo familiar, no que tange aos aspectos biopsicossociais. Ainda assim, os clientes devem envidar esforços no sentido de descobrir que, como sujeitos capazes de pensar, de refletir, de conhecer e de optar, aptos, assim, para decidir o que é o melhor por si e para si, como qualquer outro ser dotado de razão, de vontade e de capacidade de exercer sua liberdade (LUNARDI; LUNARDI FILHO; LIPINSKI et cols., 2004, p. 936), sem desprezar, contudo, a participação do grupo familiar, que deve ajudá-lo e incentivá-lo ao máximo.

O processo de reeducação de hábitos adquiridos ao longo da vida faz com que a atuação do enfermeiro junto aos clientes seja de primordial

importância no processo de recuperação, promoção e manutenção da saúde daqueles que desejam alcançar autonomia e ter liberdade (com responsabilidade) para realizar o próprio cuidado. A sua independência é o foco da nossa ação e uma meta a ser permanentemente buscada. O preparo do seu cuidado deve ser voltado para a maior autonomia possível (Op. cit., 2004).

Todavia, o desenvolvimento da prática educativa, intrínseca ao cuidar de enfermos, exige do enfermeiro conhecimentos técnico-científicos específicos para saber como se colocar diante do cliente e chegar ao produto das ações, que é o cuidado. Seu sucesso nessa direção será obtido somente quando o cliente conseguir aprender a exercitar essa prática e se cuidar, valendo-se da própria capacidade cognitiva, motora e afetiva que, por certo, o ajudarão a superar eventuais dificuldades e limitações no contexto em que estiver inserido.

Sem dúvida, a atuação do enfermeiro na recuperação do cliente é importante, mas imprescindível mesmo é a participação irrestrita do cliente nas diversas etapas da recuperação pós-cirúrgica, sobretudo na retomada de suas atividades normais, sem o que não lhe será possível alcançar uma vida plena.

#### **1.4. As Contribuições do Estudo**

Na investigação acerca da especificidade do cuidar em cirurgia cardíaca, realizei um levantamento parcial de artigos extraídos de autores internacionais em bibliotecas on-line [PubMed – indexado por MEDLINE] nos períodos de março de 2004 a novembro de 2005, com destaque para alguns estudiosos que relataram suas experiências no acompanhamento da recuperação de clientes, após a alta hospitalar: Azpitarte & Gonzales (2000), Childs & Dunn et cols.

(2000), Torne & Ossorno (2000), Iriarte Roteta & Wilon–Barnett (2003), Yoganathan & Casey (2004), Matthews, Annette (2005) e Gardner & Elliott (2005).

Na literatura científica nacional, encontrei uma preocupação constante de pesquisadores e estudiosos com os períodos pré e trans-operatório, manifestada nos artigos nacionais publicados em periódicos em março de 1998 a agosto de 2005, na biblioteca virtual de saúde BIREME (Scielo, Medline, Lilacs) e na Biblioteca de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Escola de Enfermagem Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Destaco ainda algumas temáticas sobre o pré-operatório em geral, que abordam a humanização dos cuidados e as orientações pré-operatórias; diagnósticos de enfermagem no transoperatório (durante a cirurgia); coleta de dados no perioperatório (período em que ocorre a cirurgia de um cliente e envolve três fases: pré, trans e pós-operatório); e, no pós-operatório, estudos que também abordam os fatores estressores. Porém, foram encontrados poucos relatos de estudos sobre a orientação de cuidados através da educação, após a alta hospitalar.

Das pesquisas efetuadas no Catálogo Pesquisa e Pesquisador da Associação Brasileira de Enfermagem de 1975 a 2002, pude resgatar os trabalhos de algumas estudiosas e / ou pesquisadoras: Leite (1975), uma das pioneiras, que ressalta a importância da relação de ajuda para minimizar os efeitos negativos das alterações pós-cirúrgicas, embora apareçam como causa associada aos distúrbios metabólicos e ao tempo de perfusão sangüínea; Baglia (1981), que explora o conhecimento do enfermeiro acerca das

competências profissionais mínimas no pós-operatório; de Santos (1985), que identifica os fatores que interferem na tolerância à dor; de Henze (1987), que destaca as representações dos clientes de cirurgia cardíaca; de Mattos (1997), que apresenta uma nova visão do cuidar de enfermagem, incluindo a família no contexto dos clientes hospitalizados; de Braga (1999), que descreve a resposta psicossomática do cliente no pós-operatório de cirurgia cardíaca; de Correa (1997), que estima a validade de conteúdo das características definidoras da dor no pós-operatório; de Andrade (2002), que mostra o cotidiano de um transoperatório de cirurgia cardíaca; e de Cavalcanti (2002), cuja afirmação é no sentido de que no cotidiano do cuidar, em cirurgia cardíaca, se inventam mil maneiras de fazer o cuidado.

Na opinião de Brunner & Suddarth (2002, p. 596), futuras pesquisas serão necessárias em relação à preparação psicológica dos clientes para o momento da alta hospitalar, após a realização de uma cirurgia de coração.

Em relação ao cuidar e aos cuidados, acredito que a contribuição desse do presente estudo está relacionada ao cuidar / cuidados de enfermagem de clientes com implante de valva mitral mecânica e sua aplicação e adequação à rotina de vida de cada um.

Como material didático, poderá contribuir para enriquecer os conhecimentos de enfermagem relacionados à cirurgia cardíaca, além de preencher lacunas de conhecimento nessa área de atuação de Enfermagem.

No desenvolvimento de pesquisas, pelo fato de o estudo estar vinculado ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN / UFRJ, na Linha de Pesquisa do Cuidado de Enfermagem Hospitalar e no Grupo de Pesquisa Cuidar / Cuidados de Enfermagem, sua contribuição se dará pela troca de

saberes científicos com o conseqüente (re)direcionamento da prática profissional e das ações educativas, voltadas para aqueles clientes, traduzidos em novos estudos sobre o tema e futuras (re)aplicações, além de poder ser utilizado também como fonte de consulta bibliográfica.

## **CAPÍTULO II**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

A fim de facilitar o entendimento das razões que levaram à criação de uma agenda de cuidados para o cliente portador de prótese de valva mitral mecânica, objeto deste estudo, e para fundamentar as discussões a respeito, resgatou-se o pensamento de alguns estudiosos de temas como cuidado, cuidar/cuidados e educação.

Considerando que o cuidar/cuidado de enfermagem está vinculado também, às ações direcionadas ao atendimento dos níveis mediano e tardio da cirurgia cardíaca, torna-se claro que a educação em saúde deve fazer parte dos atos inerentes ao cuidar em enfermagem, que requerem competência e segurança profissional.

Reverendo a história, observa-se que no início do século XIX, o modelo do cuidado apoiava-se na medicina, no paradigma mecanicista / biologicista. Nesse sentido, o cliente era visto sob os aspectos objetivos, ou seja, era tratado somente em relação à doença e suas complicações. Ao final do século, Florence Nightingale (1820-1910), nascida em Florença (Itália), foi convidada pelo Secretário de Guerra para administrar a enfermagem dos hospitais militares durante a guerra da Criméia (Rússia), destacando-se pela humanização da assistência prestada aos soldados feridos, e por ter desenvolvido um modelo de atenção em enfermagem considerado revolucionário para aquela época, que enfocava uma preocupação com os fatores ambientais e o rigor higiênico, quando ainda era evidente o desconhecimento acerca da Microbiologia (BECH, BUDÓ, GONZÁLES, 1998).

Esta visão precursora tem sido validada na atualidade por estudiosos de enfermagem como Waldow (1992, 1994, 1995); Neves Arruda (1993) e Silva (1993, 1995, 1997a, 1997b). A interpretação que Silva (1995) faz da contribuição de Nigthingale é a de que o foco do saber científico baseia-se no cuidado de enfermagem ao ser humano em inter-relação com o meio ambiente, contribuindo para que o cuidado passe a ter um caráter organizado.

A autora (1997a) lembra que, durante a fase nigthingaleana, as ações de enfermagem expressavam-se de forma holística, já naquela época extrapolando o âmbito hospitalar de campanha e contemplando, também, o contexto social, político e ecológico. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem emerge com bases humanitárias, articulando arte, ciência e espiritualidade.

O rigor tecnológico avançou em meados do século XX, ancorando a realização destes procedimentos em princípios de outras ciências, destacando-se as ciências da natureza. Entretanto, a partir das décadas de 60 e 70, surgiu a preocupação de explicar, em bases filosóficas, os mais diversos fenômenos que permeiam o cuidado na profissão. Surgem, então, as teorias de enfermagem descritas, inicialmente, pelos enfermeiros norte-americanos, que consideravam o cuidado como o foco principal da profissão e, assim, descreveram nuances desta prática, tais como o cuidado transcendental (Jean Watson), o cultural (Madeleine Leninger), aquele voltado para a adaptação (Calista Roy), dentre outros referidos por George (2000).

Nesse sentido, conceitos, práticas e formas de cuidar/cuidado têm merecido a atenção de várias pesquisadoras brasileiras incluindo, entre outros aspectos, os comportamentos, as percepções, a humanização e o cuidar/



cuidado de enfermagem (Waldow, 1994; Figueiredo, 1997; Coelho, 1999; Santoro, 2000).

A saúde tem sido abordada de uma forma mais ampla. Tanto assim que a Organização Panamericana de Assistência à Saúde (OPAS), por exemplo, já em 1961 declarava, na Carta de Punta Del Este, assinada por representantes de vários países da América Latina, a necessidade de alcançar um alto grau de bem-estar com iguais oportunidades para todos (OPAS, 1993).

Em 1986, a Primeira Conferência Internacional de Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), constituiu-se em um marco mundial para o início desta nova modalidade de assistência representada pela adoção do paradigma da “promoção da saúde”, cujos propósitos são válidos e aplicáveis para solucionar muitos problemas da população, constituindo-se por isso numa alternativa para os sistemas de saúde de muitos países (OMS, 1993).

A promoção da saúde foi conceituada na Carta de Ottawa como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com participação maior no controle desse processo. Segundo seus preceitos, para atingir o estado de saúde, os indivíduos e grupos devem saber identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o ambiente em que vivem. De acordo com o documento, são cinco recursos básicos do modelo de promoção da saúde centrado no sujeito que enfrenta um problema e deseja melhorar ou manter sua saúde são: o próprio sujeito, outras pessoas, o profissional de saúde, a informação e o meio ambiente (FIOCRUZ, 1996).

Acredito que a importância da enfermagem está no cuidar integral do ser humano, atendendo suas necessidades básicas, levando-o a desenvolver o

próprio cuidado, recuperando-se e mantendo a própria saúde. Deste modo, quando se trata de cuidado, deve-se considerar os mais variados cenários, as situações que envolvem o binômio saúde-doença e as especificidades das ações desse cuidado, em especial no caso da cirurgia cardíaca, que exige ações educativas voltadas para o cliente e sua família, nas fases pré- e pós-operatórias, sempre visando a continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

Coelho (1999, p.15) define o cuidar como

[...] o processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos/ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio [...].

Quanto ao cuidado, de acordo com a autora (Op.cit., p.15), trata-se da

[...] ação imediata prestada pela enfermeira ou algum elemento de sua equipe, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos envolvendo segurança e competência, aliadas à tecnologia específica que a situação exige [...].

O cuidar/cuidado do cliente no momento da alta, deve englobar todos os aspectos da sua vida que estão fragilizados com a doença (o biológico, o social, o psicológico, o espiritual e o econômico) pois, quaisquer dúvidas dele e da família em relação às orientações para o cuidado podem desestruturá-lo emocionalmente, prejudicando a sua recuperação completa por julgar-se inábil ou incompetente para cuidar-se.

Figueiredo e Carvalho (1999, p.161) afirmam que:

[...] as enfermeiras não cuidam apenas do corpo, mas cuidam do homem como um todo; elas manipulam o corpo do cliente, utilizando-se de técnicas e procedimentos invasivos que

são desconfortantes. O cuidado desse corpo deve corresponder a uma visão profunda do homem e do mundo, que valorize o respeito incondicional à individualidade e à dignidade humana [...].

Nessa linha de pensamento, o desenvolvimento do cuidar/cuidado em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca está direcionado para o cliente, cabendo ao profissional de enfermagem utilizar todas as formas de abordagem nas diferentes dimensões do cuidado, valendo-se dos órgãos dos sentidos, verbalizando claramente as orientações e reinventando maneiras de ensinar o cliente a observar os cuidados após a alta hospitalar.

Waldow (1998, p. 164) considera que “[...] na dimensão do cuidar, o cuidado de enfermagem é a própria arte [...]”. E essa concepção deve orientar as ações de enfermagem em quaisquer circunstâncias. A esse respeito, e de acordo com Santoro (2000, p.7), no cuidar/cuidados

[...] existe uma dimensão subjetiva nas ações de cuidar e nos cuidados prestados pela enfermeira e sua equipe, durante o seu cotidiano, na qual o sujeito de sua atenção e da ciência como arte de cuidar é entendida numa perspectiva que é ao mesmo tempo estética, racional, emocional, criativa, sensível, intuitiva, social e política e que caracteriza o cuidado de enfermagem como um cuidado subjetivo [...].

A partir dessa compreensão, já se percebe hoje, na prática cotidiana, uma preocupação em organizar a orientação do cliente sob a ótica da prevenção e da promoção da saúde. Trata-se de uma visão atual, que se insere progressivamente nas unidades hospitalares, objetivando educar o cliente para cuidar da própria saúde, de forma autônoma.

A propósito, Freire (2002), em sua concepção de mundo, realça a importância da educação que, na sua opinião, é mais do que instrução. O autor ressalta a importância da instrumentação da educação, valendo-se de ambientes interativos e de recursos audiovisuais, que reforçam o

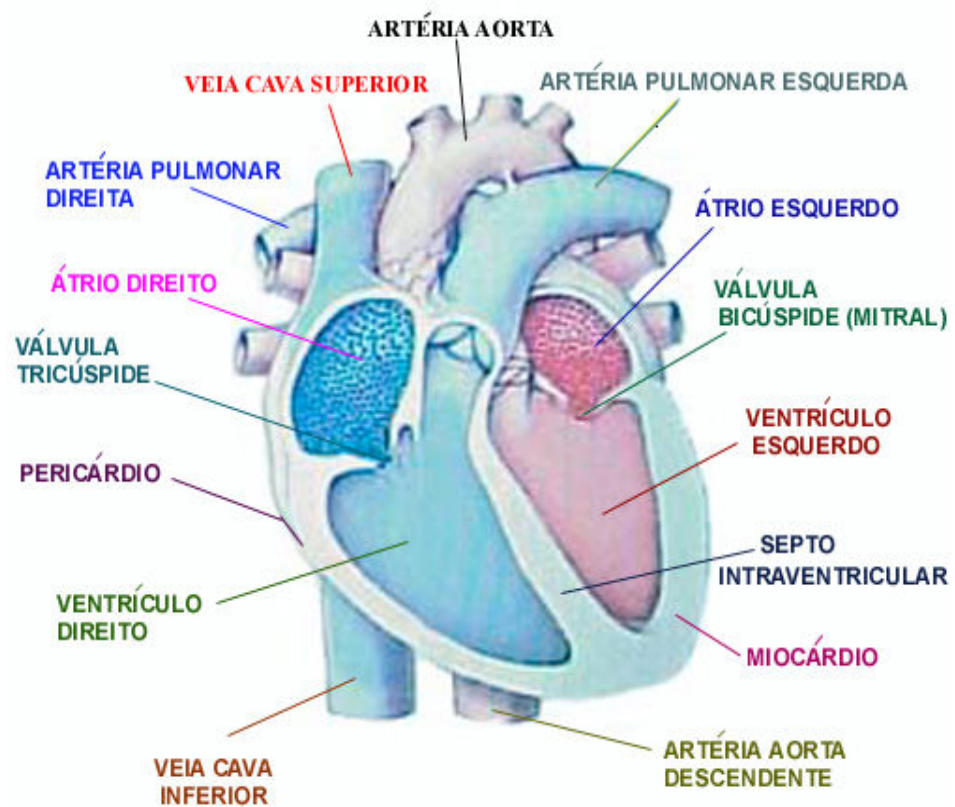
ensino-aprendizagem. Isto porque as discussões em grupo permitem que o educando, fale com mais liberdade a respeito de suas dúvidas e/ou dificuldades na construção de conhecimentos. Por analogia, a formação de um grupo de clientes portadores do mesmo problema de saúde facilita a intervenção do enfermeiro, possibilitando-lhe transmitir informações relevantes relacionados ao cuidado na fase de alta hospitalar.

### ➤ A ESTRUTURA DO CORAÇÃO

O coração é uma estrutura muscular cujo adjetivo *cardíaco*, provém do grego *kardia*, que significa coração, órgão central do aparelho do sistema circulatório. O coração é oco, aproximadamente esférico, constituído de paredes musculares que delimitam quatro cavidades: os átrios e os ventrículos direito e esquerdo (JUNQUEIRA, 2004).

Localizado na região centro- lateral da caixa torácica, mais precisamente na região precordial sobre o diafragma, inclinadamente para a esquerda, tendo sua ponta inferiormente situada próxima ao mamilo esquerdo e sua base superiormente situada no centro do tórax, aproximadamente a 5cm abaixo da fúrcula esternal, o coração tem o tamanho da mão fechada; seu peso médio no homem, é de cerca de 328 g, com variações que oscilam entre 256 g e 390 g; na mulher, é de cerca de 244 g, variando entre os extremos de 198 a 270 g. (Op. Cit.)

Esta estrutura pode ser observada na Figura 1, a seguir.



**Figura 1** – Desenho esquemático do coração

Esta estrutura, denominada miocárdio, integra as paredes das cavidades atriais e ventriculares. O miocárdio está envolto externamente pelo pericárdio, uma estrutura membranosa cuja função é protegê-lo e permitir o suave deslizamento das paredes do órgão durante o seu funcionamento mecânico, pois contém líquido lubrificante em seu interior. Internamente, é recoberto pelo endocárdio, membrana de proteção que fica em contato direto com o sangue, separando a musculatura do interior das cavidades do órgão (JUNQUEIRA, 2004, p. 3).

O coração possui átrios, ventrículos e um conjunto de valvas intracavitárias, as quais têm a função de direcionar o fluxo de sangue em um único sentido no interior do coração (Op. Cit).

Os átrios estão separados entre si pelo septo interatrial, e os ventrículos pelo septo interventricular. Entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo, separando as duas cavidades, encontra-se a valva atrioventricular esquerda ou *valva mitral*; entre o átrio e o ventrículo direito está a valva atrioventricular direita ou valva tricúspide (SMELTZER, BARE et. cols, 2000). No átrio esquerdo desembocam diretamente quatro veias pulmonares, que conduzem o sangue proveniente dos pulmões. Para o átrio direito drenam diretamente as veias cavas superior e inferior, que são condutoras terminais do sangue proveniente de todas as partes do organismo (JUNQUEIRA, 2004).

Do ventrículo esquerdo sai a grande artéria aorta, que distribui sangue para todo o organismo por meio das suas ramificações arteriais; na saída do ventrículo esquerdo situa-se a valva aórtica, que separa esta cavidade ventricular da aorta. Do ventrículo direito emerge a artéria pulmonar, condutora do sangue em direção aos pulmões, e entre a saída da cavidade ventricular

direita e o início da artéria pulmonar encontra-se a valva pulmonar (Op. Cit.).

➤ **O SISTEMA DE CONDUÇÃO**

De acordo com Berne e Levy (2000, p.331), o coração tem propriedades de automatismo, capacidade de iniciar o seu próprio batimento e ritmicidade; a regularidade da sua atividade de marcapasso, permitem que ele continue batendo mesmo quando é completamente retirado do corpo.

No homem, os batimentos cardíacos obedecem ao ritmo de impulsos oriundos de uma região especial do músculo cardíaco, denominada nó ou nódulo sinusal ou sinoatrial, atuando como um marcapasso que determina a contração dos átrios. O impulso gerado no nódulo sinoatrial é transmitido para o nódulo atrioventricular. Deste impulso passa para um sistema de fibras condutoras, localizadas entre os dois ventrículos.

Lopes (1999, p.367) esclarece que

[...] essas fibras recebem o nome de fascículo atrioventricular ou feixe de His, que divide o septo interventricular dando origem a dois ramos: um direito e outro esquerdo. Na base dos ventrículos esses ramos penetram, respectivamente, em suas paredes externas. E quando se ramificam recebem o nome de miócitos condutores cardíacos, ou fibras de Purkinge. Estes distribuem rapidamente para todo ventrículo o impulso que determinará a contração dessa câmara do coração. [...]

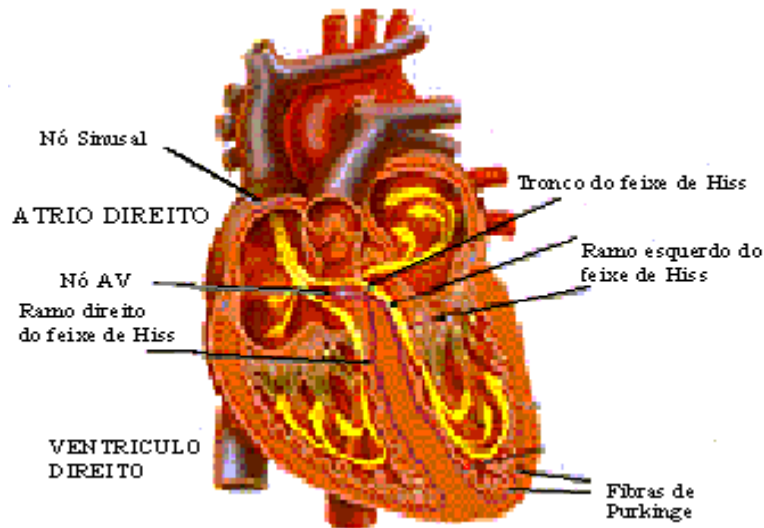


Figura 2- Desenho esquemático do sistema de condução do coração

### ➤ A VALVA MITRAL MECÂNICA

A palavra *valva* é originária do latim; significa tanto as estruturas botânicas e zoológicas, quanto as cardiovasculares. E *válvula* é o seu diminutivo (MERRIAN WEBSTER MEDICAL DICTIONARY, 1997). Em 1997, esta terminologia anatômica atual foi sistematizada pela Federação Internacional das Associações de Anatomistas, que publicou a *Nomina Anatomica* (Nomenclatura Anatômica), onde todas as estruturas macroscópicas do corpo humano são denominadas em Latim e em Inglês. Portanto, ficou estabelecido que o termo latino *valva* está restrito às quatro estruturas cardíacas, enquanto o termo *válvula* denomina as demais estruturas vasculares e viscerais, e também os componentes da valva.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Anatomia, a valva possui válvulas. A propósito, Kawamoto (1999, p.94) explica:

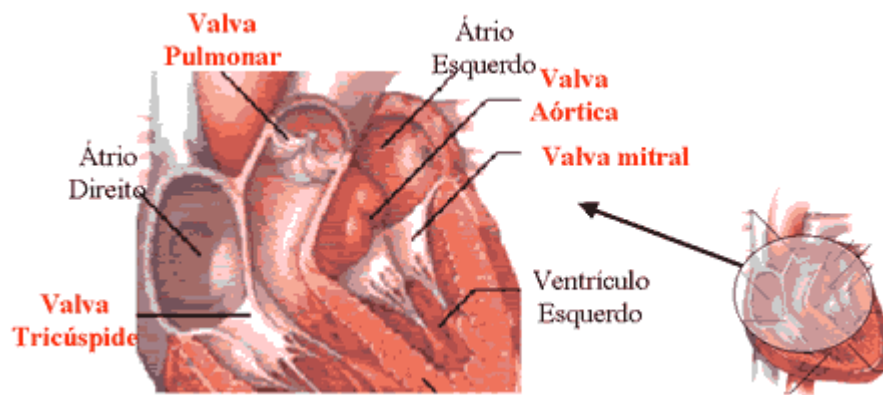


[...] a valva mitral separa o átrio e o ventrículo esquerdo e tem a função de realizar dois movimentos: o de abertura, que permite ao sangue passar do átrio esquerdo para dentro do ventrículo esquerdo; e o de fechamento, que impede o retorno ao átrio esquerdo do sangue que chega ao ventrículo esquerdo. [...]

A valva mitral é importante porque permite que o sangue siga o seu fluxo natural em uma única direção, ou seja, o sangue que chega nos pulmões é oxigenado e encaminhado ao átrio esquerdo, de onde passa pela valva mitral e vai para o ventrículo esquerdo que, por sua vez, se contrai e impulsiona o sangue para a artéria aorta, que irá distribuí-lo com oxigênio para todo corpo (JUNQUEIRA, 2004).

Muitos problemas podem acometer a valva mitral, causando alterações em sua estrutura e funcionamento. Quando a valva está com dificuldade para abrir, devido seqüelas da cardiopatia reumática, endocardite bacteriana ou calcificação degenerativa ou do envelhecimento, reduzindo o orifício por onde o sangue passa, ocorre o que se chama de *estenose mitral*. O sangue que chega ao ventrículo esquerdo pode retornar ao átrio esquerdo, caracterizando uma *insuficiência mitral* (Op. Cit.).

O processo patológico produz junção da comissura e contração fibrótica dos folhetos valvares, comissura e cordoalhas tendíneas. De acordo com Stipp e Leite (2004, p.194), “[...] a área da valva mitral normal varia de 4 a 6 cm<sup>2</sup>; quando este valor estiver menor que 1,5 cm<sup>2</sup> significa que há estenose mitral grave e a cirurgia está indicada [...]”.



**Figura 3** - Esquema das Valvas  
(Fonte: Sociedade Cardiovascular do Estado de São Paulo, 2003)

### ➤ A VALVOPATIA MITRAL

As doenças do aparelho circulatório destacam-se pelos elevados índices de morbidade e mortalidade. No contexto da saúde mundial, prevalecem a doença isquêmica do coração, as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca, mas também encontramos valvopatias, principalmente as de origem reumática (GUS ; ZASLAVSKY; SEGER et. al., 1995).

Segundo informações do SUS (2003) essas doenças são as principais causas de óbitos em todo território nacional, e vitimaram 260.555, cerca de 31,3% brasileiros em 2000, as doenças do aparelho circulatório, também são consideradas a 2ª causa de internações hospitalares.

A valva mitral pode ser anormal desde o nascimento (doença congênita), ter sua função deteriorada com o avanço da idade (doença degenerativa chamada prolapso de valva mitral), pode ser acometida pela febre reumática (doença reumática), por infecção (endocardite infecciosa) ou por obstrução das

artérias coronárias (doença isquêmica do coração), dentre outras formas de acometimento (STOLF, 2003).

Guilherme e Kalil (1997, p.7) referem-se aos trabalhos pioneiros das décadas de 30 e 40, que postulavam

[...] a existência de associação entre infecção de orofaringe por *Streptococo beta hemolítico* e o desencadeamento da doença reumática aguda, e muitos estudos são citados na literatura referente à saúde, realizados por grupos de pesquisadores internacionais e nacionais em grandes unidades hospitalares, com o interesse de pesquisar a suscetibilidade genética e a resposta imune celular nos clientes com doença reumática cardíaca, na tentativa de identificar os indivíduos de risco e elucidar os mecanismos imunopatogênicos que levam às lesões no coração, objetivando a vacinação. [...]

Na doença reumática, as lesões no coração aparecem no período de quatro ou mais semanas após a infecção de orofaringe, e na ausência da bactéria no local da lesão. O desencadeamento da doença reumática aguda ocorre em aproximadamente 3 a 4% das crianças (de 3 a 16 anos) acometidas por infecção de garganta pelo *Streptococcus beta hemolítico* do grupo A. Destas, até 30% desenvolvem a forma grave da doença, denominada cardite reumática. Na América Latina, nos locais que há registros de febre reumática aguda a incidência na faixa etária dos 5 aos 15 anos, valor de 3 a 4 vezes maior em relação ao encontrado nos Estados Unidos e em outros países (GUS; ZASLAVSKY; SEGER et. al., 1995).

Apesar das medidas profiláticas, a doença reumática cardíaca ainda é considerada um problema de saúde em vários países, sendo que no Brasil ocupa o 12º lugar em incidência. É uma das doenças de maior custo para o Sistema Previdenciário em decorrência do impedimento de muitos jovens para o trabalho e das múltiplas internações hospitalares e intervenções cirúrgicas realizadas no país (GUILHERME e KALIL, 1997; TIMERMAN, 2001).

O número de cirurgias cardíacas de etiologia reumática realizadas em hospitais públicos do Brasil está em torno de 8000 cirurgias por ano (WEKSLER, 2004).

### ➤ **A ENDOCARDITE INFECCIOSA**

A endocardite infecciosa, também denominada endocardite bacteriana, é uma doença grave que resulta, usualmente, da invasão de microorganismos (bactérias ou fungos), nas valvas, próteses, em lesões congênitas ou fios de marcapasso previamente colocados para correção de distúrbios de ritmo cardíacos. Também a manipulação dentária em portadores de valvopatia pode gerar colonização pela aderência do microorganismo da valva deformada (ARNONI e CASTRO 2000; GRIMBERG; TARASOUTCHI e SAMPAIO, 2004).

É uma doença que vem sofrendo modificações desde a sua descoberta, tanto na concepção diagnóstica, como na detecção de seus agentes causadores, passando pelos métodos diagnósticos com a evolução dos ecocardiógrafos e terminando com o tratamento clínico que envolve o uso de antibioticoterapias eficazes que têm permitido a cura com ou sem tratamento cirúrgico. O início do tratamento cirúrgico, se deu com o aparecimento de outra forma de endocardite nas próteses, de difícil diagnóstico e de conduta terapêutica. (ARNONI e CASTRO, 2000)

A mortalidade é alta: em torno de 25%, e por isso, é necessária muita atenção a possíveis complicações clínicas: agravamento da lesão valvar preexistente, insuficiência cardíaca, embolias sépticas sistêmicas e insuficiência renal. Deve-se ressaltar que em 35% dos casos, há necessidade de cirurgia cardíaca na presença de endocardite fúngica e para os casos de falha de terapia clínica; nos casos de endocardite por microorganismos, Gram (-)

negativo e Gram (+) positivo e quando a valva é lesionada e colonizada por bactérias, podem aparecer microabscessos ou como grandes vegetações pediculadas ou não, podendo romper causando embolia periférica e cerebrais, os trombos formados dentro das câmaras cardíacas chamamos de vegetação ao trombo que foi colonizado (JAWETZ; MELNICK e ADELBERG, 2000).

A prevenção da endocardite infecciosa é de grande importância, sendo desejável a prevenção em indivíduos de alto risco porque são extremamente suscetíveis à implantação de microorganismos que aceleram na corrente sangüínea, como os portadores de próteses valvares, *shunts* ou condutos sistêmico-pulmonares, doença pregressa de endocardite e cardiopatia congênita cianótica complexa (Op. cit.).

A manutenção de condições de saúde adequadas, incluindo a saúde bucal, é a melhor prevenção para estes indivíduos. Em certos procedimentos, ou em cirurgias gastrintestinais, ginecológicas ou urológicas, pode ser necessário o uso de antibioticoprofilaxia, pois os enterococcus são responsáveis por 5 a 15% dos casos de endocardite infecciosa. Em procedimentos como instalação de cateteres, de sondas uretrais e de cateterismo cardíaco, a profilaxia não é recomendada ou seu valor é controverso, porém durante e após o cateterismo cardíaco, as hemoculturas podem ser positivas em 10 a 20% dos clientes (Op. cit.).

Os antibióticos mais utilizados para tratar a endocardite são as penicilinas, os aminoglicosídeos e, em alguns casos, a vancomicina e as cefalosporinas. A utilização das medidas preventivas, o diagnóstico precoce e a instituição de terapêutica com acompanhamento eficaz, podem reduzir o impacto sobre a história natural dos cardiopatas de risco, bem como ainda

expressiva morbimortalidade causada pela endocardite infecciosa (GRIMBERG et al., 2004).



**Figura 4** - Valva mitral  
(Fonte: [www.fcm.unicamp.br/departament...](http://www.fcm.unicamp.br/departament...))

### ➤ A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CIRURGIA CARDÍACA

O desenvolvimento das práticas de saúde e, conseqüentemente da cirurgia cardíaca, intimamente associado às estruturas sociais das diferentes nações e épocas, teve cada período da história determinado por uma formação social específica, trazendo características próprias que englobam bases filosóficas, políticas, econômicas, legais e ideológicas (FIGUEIREDO, 2003)

Braile e Godoy (1996) descrevem na visão do médico Theodor Billroth (1882), na qual a realização de quaisquer tipos de cirurgia no coração, a exemplo da pericardiectomia (excisão do pericárdio) ou da sutura da ferida no coração, eram considerados atos devassos e irresponsáveis.

Todavia, o êxito de uma sutura no ventrículo, realizada por Ludwig Rehn (1896), despertou a atenção mundial e mereceu destaque por Sherman (1902),

no Journal of American Medical Association, que comentou o seguinte: “[...] a distância para atingir o coração não é maior que uma polegada, mas foram precisos 2400 anos para que a cirurgia cardíaca pudesse percorrer esse caminho [...]” (END e WOLNER, 1993).

Na Europa, e principalmente no Brasil, ocorriam procedimentos cirúrgicos simples, realizados por pessoas leigas, incultas e de modesta classe social, na grande maioria, dentre elas o “cirurgião-barbeiro”, o “barbeiro-sangrador” ou simplesmente o “barbeiro”. Eles realizavam atividades como curativos, sangrias, excisões, perfurações de abscessos, tratamento de mordedura de cobras e extração de dentes. (SANTOLHO, 1997).

A cirurgia cardíaca delineou-se melhor frente ao avanço científico do século XX, que desmistificou o coração como sede da alma, colocando-o num patamar hierárquico não muito distante dos demais órgãos do corpo (BRAILE e GODOY, 2000).

As cirurgias cardíacas começaram com o coração fechado e denominada “operações cardíacas a céu fechado”. Historicamente dentre as valvopatias passíveis de tratamento cirúrgico a céu fechado, merece destaque a estenose valvar mitral, face ao grande número clientes operados e de pesquisadores que se envolveram na técnica (COHN, 1993).

Assim, em 1913, na França, houve a correção da estenose valvar aórtica, pelo médico Tuffier, que dilatou digitalmente a valva aórtica através de invaginação da parede da aorta (COHN, 1993); e em 1923, nos Estados Unidos, deu-se a correção da estenose valvar mitral e da estenose valvar mitral reumática pelos médicos Carr e Levine, que realizaram a comissurotomia mitral (MARGUTTI, BORGES, GALLUCCI, 1995).

Com o desenvolvimento das bombas de circulação extracorpórea e dos oxigenadores; em 1945 os cirurgiões puderam abrir o coração, iniciando a fase das “operações cardíacas a céu aberto” (LEMOS e STOLF, 2004).

Cohn (1993, p.5) relata que:

[...] Dentre as cirurgias realizadas a céu fechado, hoje consideradas ultrapassadas, destacam-se as referentes às cardiopatias congênitas (persistência do canal arterial, a tetralogia de Fallot, a coarctação da aorta e estenose de valva pulmonar), as valvopatias mitral e aórtica e do tipo estenose e as insuficiências coronarianas.

Em 1925 o médico Henry Souttar realizou comisurotomia da valva mitral, através do apêndice atrial esquerdo, no London Hospital. Em meados da década de 40, e adotada pelos médicos Dwight Harken e Charles Bailey, continuidade ao desenvolvimento da cirurgia de valva mitral estenótica e a prática da valvuloplastia, o que acabou favorecendo a realização de pesquisas para aprimorar as técnicas cirúrgicas e a invenção de materiais cirúrgicos. (COHN, 1993).

As dificuldades técnicas e médicas prosseguiram, culminando com erros e acertos na idealização e na construção de materiais específicos para as cirurgias, mas no início do século XX, precisamente em 1928, a médica novaiorquina Nina Starr Braunwald tornou-se a primeira mulher a realizar uma cirurgia a céu aberto. Ao final da década de 50, ela desenvolveu uma prótese de poliuretano flexível, com cordas tendíneas de teflon, implantando-a em cães.

Em 1945 o médico Clarence Dennis conseguiu desenvolver o aparelho coração-pulmão artificial permitindo, então, a realização de cirurgias a céu aberto. Em 1946 o médico Gibbon construiu uma nova máquina com controle de temperatura, nível e fluxo. Durante os anos seguintes, os oxigenadores



foram modificados e os trabalhos experimentais continuaram sendo realizados *in vivo* (em cães e seres humanos) (BRAILE e GODOY, 1996).

Na medicina, dos anos 50 também ocorreram grandes avanços, cabendo destacar a implantação de prótese mecânica valvar em seres humanos (LEMOS E STOLF, 2004), a correção de comunicação interatrial, feita pelo médico F. John Lewis em 1952, no Hospital da Universidade de Minesotta (EUA) que, desde então, passou a ser considerado o berço da cirurgia cardíaca (LILHEHEI, 1994).

Em 1960, Braunwald liderou uma equipe que, pela primeira vez, utilizou essa prótese para substituição valvar mitral em clientes (WALDHAUSEN e BRAUNWALD, 1993).

Os pioneiros da cirurgia cardíaca no Brasil iniciaram sua atuação neste campo da medicina sob a orientação do médico W. Lilhehei, na Inglaterra. Merece destaque o médico Euclides de Jesus Zerbini, o primeiro a realizar um transplante cardíaco na América Latina, no Hospital das Clínicas em São Paulo, em 26 de maio de 1968. Outros cirurgiões brasileiros como Adib Jatene, Valdir Jaskik e Hugo Felipozzi, dedicaram-se ao desenvolvimento de oxigenadores e sistemas de circulação extracorpórea, difundiram seus conhecimentos, formaram escolas e fizeram da cirurgia cardíaca um marco de viabilidade no país (BRAILE 2000).

A substituição valvar por prótese começou a ser feita nos anos 60, época em que a valvoplastia, ou a reparação valvar não se constituía numa alternativa viável, como ocorre quando o ânulo ou folhetos da valva estão imóveis por calcificações obrigando a substituição da valva. Os procedimentos, em geral, eram realizados através de uma esternotomia mediana, embora a

valva mitral pudesse ser alcançada por meio de uma incisão de toracotomia direita (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

### ➤ **EVOLUÇÃO DA PRÓTESE VALVAR CARDÍACA**

A escassez de informações sobre o tema em artigos, revistas e livros nacionais referentes à clínica cardiológica, nos últimos 50 anos, diz respeito ao dilema que os médicos encontram para indicar uma prótese cardíaca.

As próteses valvares iniciais, idealizadas entre 1957 e 1965, fabricadas com tecidos sintéticos ou com polímeros plásticos flexíveis e elásticos, tiveram por modelo as próprias valvas cardíacas, algumas possuindo até mesmo, cordas tendíneas. São deste período às valvas possuidoras de uma única cúspide, moldada em plástico e fixada em um anel rígido de “Mylar”, silicônio ou aço inoxidável; eram valvas que imitavam integralmente a valva mitral com folhetos flexíveis de “Dracon” recoberto por poliuretano e com cordas tendíneas de teflon, as valvas com folhetos construídos com tecido reticulado e “teflon” ou de “Dracon”, recobertos por silicônio, poliuretano ou impregnadas de fibroblastos, bem como, uma valva confeccionada com pericárdio autógeno, em tudo semelhante à valva mitral normal. A eficiência funcional destas próteses valvares era limitada devido à baixa resistência de seus folhetos plásticos e sua elevada trombogenicidade (RAMON, 2004).

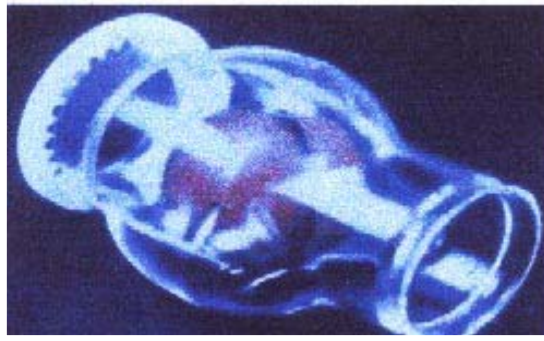
Os testes experimentais das primeiras próteses valvares mitrais e aórticas, na sua maior parte levados a efeito em cães, foram desencorajadores devido à baixa resistência desses animais à circulação extracorpórea, às dificuldades técnicas de inserção e fixação da prótese nos anéis valvares normais dos cães, bem como, às dificuldades de se obter materiais resistentes e pouco trombogênicos para a confecção das valvas (ALVAREZ, 2004).

As valvas cardíacas protéticas (VCPs) são elementos artificiais concebidos para substituir uma valva cardíaca humana, que contam de um orifício através do qual flui sangue e um mecanismo ocluser que fecha e abre o orifício. Existem duas classes de valvas cardíacas: as próteses mecânicas (PM) constituídas por oclusores rígidos, em cuja fabricação não se inclui o uso de material biológico; e as valvas biológicas ou tecidos valvares finos, constituídas por valvas ocluseras flexíveis, de origem animal ou humana (BONOW et al., 1998).

Os pesquisadores preferem denominar as valvas biológicas como biopróteses (BP), termo utilizado para um tecido não viável de origem biológica, tais como as valvas porcinas de Hancock e da Carpentier-Edwards, que se diferenciaram da verdadeira valva biológica, a qual tem sido transplantada nas mesmas condições em que se encontra naturalmente (SILVA e ALBERTAL, 2000).

A evolução das próteses mecânicas (PMs) cardíacas, em sua origem, denominadas artificiais, é resultado de longos esforços de médicos, clínicos, cirurgiões e de bio-engenheiros que, durante os últimos 50 anos, moldaram e testaram novas idéias, alternadas com sucessos e insucessos. De acordo com a sua estrutura, classificam-se em jaula-bola, jaula-disco, disco-lenticular simples e disco lenticular bivalva (LOPES, 2002).

A primeira prótese valvar foi o modelo jaula-bola desenvolvido por Charles Hunafgel em 1947, cujo modelo extraído da Revista de Cardiologia y Cirurgia Cardiovascular (2002) é mostrado na Figura 5, a seguir:

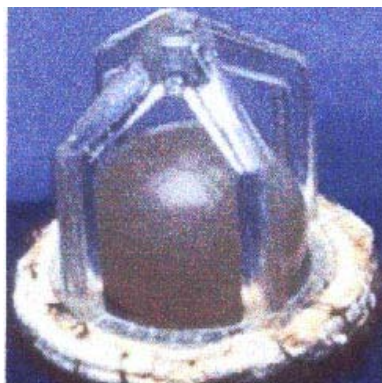


**Figura 5** – Prótese valvar modelo jaula-bola

A Válvula de Hunafgel é o tipo de prótese implantada na aorta torácica descendente de um paciente com insuficiência aórtica, em 1952. Se bem que este tipo de valva não fosse estritamente cardíaca, a importância histórica da mesma reside em que começou a ser empregada antes do desenvolvimento da circulação extracorpórea, por um procedimento que se realizou com o coração batendo, e sem o apoio do mencionado suporte.

No que se refere às próteses estritamente cardíacas, foram desenvolvidas a partir do início da circulação extracorpórea, progresso que significou para a cirurgia cardíaca a possibilidade de trabalhar no interior do coração débil e imóvel (LOPES GONZÁLES, 2002).

A prótese mitral do fabricante Starr-Edwards foi implantada pela primeira vez em 1960, e deve o seu nome a M.L. Edwards e A. Starr, seus idealizadores. A valva estava constituída por uma jaula de material protótipo de plástico e uma bola oclusora de goma de silicone (silastic) mantida em sua posição, moldada por um plástico que se firmava a um anel, como mostra a Figura 6 a seguir.



**Figura 6**

(Fonte: EvansvilleProsthetic Heart Valve Gallery )

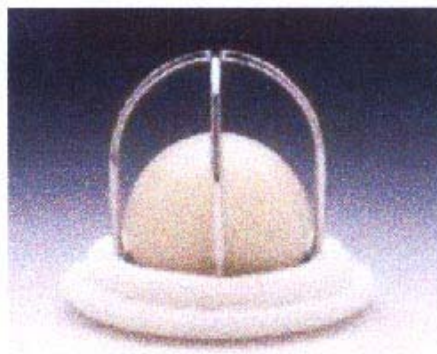
Esta estrutura de bola se desloca livre e passivamente desde o anel, em sua posição de fechamento, até o extremo da jaula, em sua posição de abertura, permitindo a passagem de sangue ao seu redor e entre ela e a jaula e a parede aórtica ou ventricular, de acordo com a sua posição aórtica ou mitral.

Sob o ponto de vista hidrodinâmico, esta prótese corresponde às do tipo de fluxo lateral. Como antecedente interessante, o primeiro cliente que recebeu este dispositivo sobreviveu 10 anos, sem manifestações de complicações cardíacas (Evansville Heart Center, 2004).

O plástico da jaula foi substituído posteriormente por aço inoxidável, e a jaula, por sua vez, que nos primeiros modelos se achava coberta por uma tela, cujo objetivo era diminuir os fenômenos tromboembólicos, posteriormente deixou de ser usada por não alcançar o objetivo desejado, ao contribuir na disfunção protética (SILVA e ALBERTAL, 2001).

Com a evolução dos materiais, a jaula foi moldada com uma mistura de cromo e cobalto (mistura Stellite 21<sup>®</sup>), a fim de oferecer a maior resistência possível a todos os tipos de desgaste (temperaturas elevadas, corrosão, abrasão e oxidação), com o qual se procurava alcançar maior durabilidade, menos complicações e melhor hemodinâmica (ALVAREZ, 2004).

A bola estava impregnada de sulfato de bário para a radiopacidade. No ano de 1966 a firma Starr-Edwards introduziu o modelo 6120 para a posição mitral (Figura 7, abaixo), e no ano de 1968 para posição aórtica (Op. Cit., 2004):



**Figura 7**

(Fonte: Evansville Prosthetic Heart Valve Gallery)

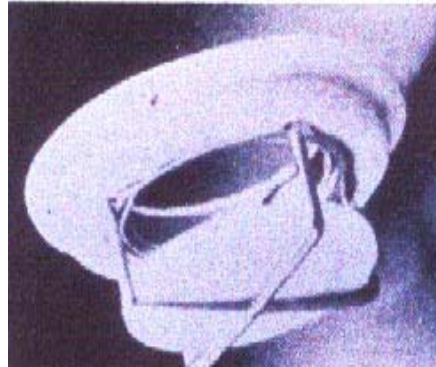
Segundo o U.S. Food and Drug Administration (FDA), órgão que oferece informações seguras dos alimentos e drogas dos Estados Unidos, ou seja, a administração de drogas e alimentos, de 1965 até 1994 calculava-se em 200.000 a quantidade implantada de próteses jaula-bola. Apesar das críticas iniciais devido às suas diferenças físicas quando comparadas com a valva aórtica nativa, o resultado hemodinâmico foi aceitável, sendo ainda usada por alguns grupos com resultados excepcionais (SILVA e ALBERTAL, 2001).

Tem sido possível observar, com base em experiência clínica, que as valvas que apresentam maior durabilidade são as que têm medidas maiores. Inclusive, nas três últimas décadas, ou mais, constatou-se a existência de próteses com 30 anos de implante, sem indícios evidentes de disfunção (Op. cit., 2001).

O modelo de Starr-Edwards foi o mais aprovado e usado, mas existem muitas variedades deste tipo de prótese, cujos modelos de marca foram Smeloff-Cutter, Magovern-Cromie, Brauwald-Cutter, Debakey-Surgitool, entre outras (SILVA ALBERTAL, 2001). Não obstante, na atualidade, salvo o modelo Starr-Edwards, não existe nenhum caso, ou outra valva deste tipo no mercado, devido à alta incidência de tromboembolia e disfunção protética que provocava (LOPES GONZÁLES, 2002).

Os fabricantes e idealizadores apostaram na substituição do elemento ocluser esférico (bola) que impedia o fluxo sanguíneo, por um desenho

lenticular dando lugar ao modelo jaula-disco, o qual mantinha sua característica de fluxo lateral, conforme Figura 8 abaixo, extraída da Revista de Cardiologia y Cirurgia Cardiovascular (2002):

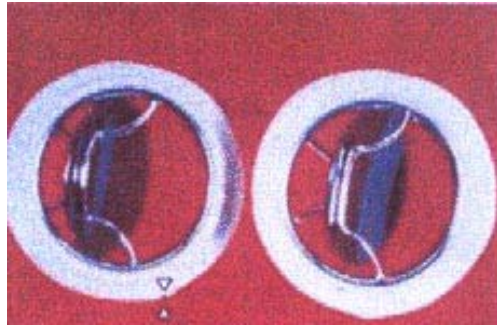


**Figura 8**

Neste modelo, introduzido em meados da década de 60, o elemento (móvel) que participava no fechamento e abertura, era um disco de carbono pirolítico, sem impedimentos; pouco a pouco o modelo jaula-bola deixou de ser usado (LOPES GONZÁLES, 2002).

A bioengenharia, em 1963, conduziu um modelo de disco lenticular simples do tipo oscilante, com o propósito de diminuir o perfil e atenuar o efeito obstrutor do elemento oclisor (bola ou disco) do centro da corrente sanguínea, durante a abertura valvar. Se bem que começaram a adquirir sua maior popularidade aos fins da década, sendo disponibilizada no mercado dos Estados Unidos, comercialmente, a prótese valvar monodisco ou valva de disco oscilante (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004).

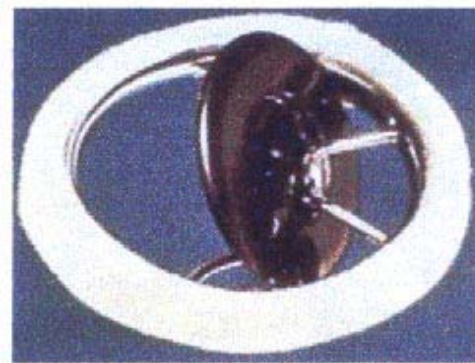
A prótese valvar monodisco ou valva de disco oscilante (Figura 9, abaixo) é constituída por um disco de grafite com uma capa de carvão pirolítico, coberto de aço inoxidável ou titânio (LOPES, 2002).



**Figura 9**

Esta estrutura permite que o disco oscile à medida que passa o sangue, e sua secção transversal atua como resistência gradual, diminuindo a maior resistência potencial ao fluxo (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004)

No primeiro desenho fabricado e introduzido no ano de 1969 pelo professor Viking Björk, modelo sujeito à mudança, originalmente o disco era de polioximetileno (Debrin<sup>®</sup>), trocado mais adiante por carbono pirolítico, e coberta de Stellite<sup>®</sup>, marca de fábrica Björk-Shiley modelo standard (Figura 10, a seguir).



**Figura 10**

(Fonte: SILVA e ALBERTAL, 2001)

Esta prótese foi retirada do mercado nos Estados Unidos em 1988, pela frequência elevada de acidentes devido à falha súbita do material por



desprendimento do suporte do disco perto da aorta, ainda que o seu rendimento hidrodinâmico e a sua durabilidade parecessem adequados (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004).

No momento de sua retirada do mercado, vale destacar que já haviam sido implantadas aproximadamente 360.000 valvas *standards*. Todavia continua-se mencionando os modelos de Björk-Shiley, já que muitos clientes com modelo *standard* ou com as valvas posteriormente modificadas por Björk-Shiley, ainda estão vivos (SILVA e ALBERTAL, 2001).

Foi observada a ocorrência de maior incidência de rupturas valvares entre os períodos de fevereiro de 1981 e junho de 1982, preferentemente nas próteses de tamanho grande 29 ou 31, modelo convexo-côncavo, com abertura de 70 tipo oscilante, como por exemplo, a de Lillehei-Kaster, a de Omniscience (Figura 11, a seguir) e a Medtronic-Hall.



**Figura 11** – Válvula de Omniscience  
(Fonte: Revista de Cardiología y Cirugía. Cardiovascular, 2002)

Na atualidade, entre as valvas de disco lenticular simples tipo oscilante, estão em uso Alcarbon, Omnicarbon, Monostrut e Medtronic-Hall; se bem, que todos os modelos disponíveis apresentam um comportamento hemodinâmico similar, alguns autores têm avaliado um rendimento superior na prótese de

Medtronic-Hall, em alguns casos com resultados similares aos das próteses dos discos, incluso nos modelos menores nº 21 ou nº 23 (LOPES, 2002).

A valva de Medtronic-Hall é apresentada na Figura 12, abaixo.



**Figura 12** - Valva de Medtronic-Hall  
(Fonte: Prosthetic Heart Valve Gallery)

A prótese tem um disco com uma abertura central única. O disco é fixado, mantido e dirigido por uma ponta do guia que ressalta através desta abertura. Toda a peça é fabricada à máquina, como unidade suporte-disco, sem soldadura nem suturas, sendo utilizada na clínica desde 1977 (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004).

Também, ao longo dos anos 60, aparece um novo conceito que se manteria até os dias atuais: o do fluxo central, que significava uma hemodinâmica muito mais parecida com a da fisiológica. Nesta linha, foram desenhadas as próteses de disco lenticular bivalvares; quanto ao desenvolvimento atual das próteses mecânicas, baseia-se no desenho dos discos introduzido por St. Jude Medical, em 1977 (Figura 13, a seguir).



**Figura 13** - Válvula bivalva de St. Jude Medical  
(em três planos)

(Fonte: Revista de Cardiologia y Cirurgia Cardíaca, 2002)

Esta prótese valvar diferencia-se dos oclusores livre-flutuantes vistos nas valvas de jaula-bola e jaula-disco, e nas duas valvas semi-circulares de uma valva bivalva que estão conectados com uma cobertura do orifício por um mecanismo de dobradiça tipo borboleta (LOPES GONZÁLES, 2002). O anel é metálico e os discos são de carbono grafite, impregnados de tungstênio, recobertos por carbono pirolítico, o que diminui sua capacidade trombogênica. Como os discos não possuem suturas, as possibilidades de fratura são menores (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004).

O ângulo de abertura é de 85 graus, o que permite adquirir uma posição quase paralela ao fluxo sanguíneo, com a delimitação de dois orifícios maiores e um orifício menor. Em comparação com a prótese monodisco, as dos discos permitem conseguir uma área valvar efetiva maior, com um diâmetro igual à do anel (LOPES, 2002).

Segundo o FDA, calcula-se que de 1977 até 1994 haviam sido implantadas 600.000 próteses do tipo disco lenticular bivalva da firma St. Jude Medical, Bicarbon (Sorin), Carbomedics (Figura 14, a seguir), ATS e Tekna entre outras.

Nos últimos anos os tipos de próteses mecânicas desenharam a bivalva como a de maior uso, com excelente durabilidade e baixa frequência de eventos tromboembólicos (EVANSVILLE HEART CENTER, 2004).



**Figura 14** - Válvula aórtica de Carbomedics  
(Fonte: Prosthetic Heart Valve Gallery)

➤ **A ESCOLHA / SUBSTITUIÇÃO DE UMA VALVA CARDÍACA PROTÉTICA**

Na eleição de uma valva cardíaca para o cliente adulto, devem ser considerados os seguintes aspectos: conhecimentos dos resultados de estudos randomizados em longo prazo sobre valvas protéticas; características do cliente (idade, lesões cardíacas associadas, morbidade); expectativa de vida baseada em idade sexo, morbidade cardíaca associadas a outras; discussão completa e exata de todo o conhecimento do cliente e junta médica entre o cardiologista e o cirurgião (RAHIMTOOLA, 2003).

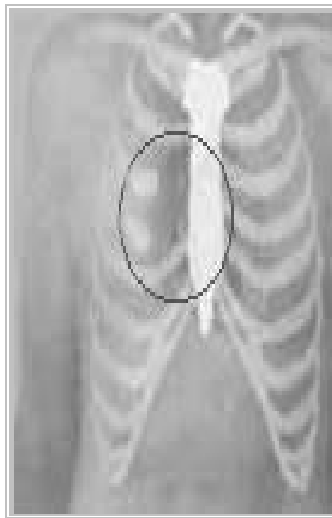
Para Lemos e Stolf (2004, p.6),

[...] a decisão de trocar uma valva cardíaca ou submetê-la a uma reparação plástica depende, forçosamente, da análise das condições clínicas, radiológicas e hemodinâmicas de cada cliente e do estado evolutivo de sua doença e, particularmente, de sua disfunção valvar. Mesmo assim, a avaliação definitiva do aspecto morfológico e funcional da valva lesada implica em sua visão direta durante o ato cirúrgico. [...]

A substituição valvar por prótese começou a ser feita nos anos 60, época em que a valvoplastia, ou a reparação valvar, não se constituía numa alternativa viável, como ocorre quando o ânulo ou os folhetos da valva estão imóveis por calcificações obrigando a substituição da valva (BRAILE e GODOY, 1996). Os procedimentos, em geral, são feitos através de uma

esternotomia mediana, que é uma incisão através do esterno, embora a valva mitral possa ser alcançada por meio de uma incisão de toracotomia direita (BRUNNER & SUDDARTH, 2002). A anestesia geral e o *bypass* cardiopulmonar são utilizados em todas as substituições valvares (BRAILE e GODOY, 1996).

Mais recentemente, no início de 1996, cirurgiões em Cleveland (EUA) desenvolveram uma técnica de substituição da valva mitral cortando apenas duas cartilagens costais do lado direito do esterno. Através dessa pequena incisão de 8 a 10cm, o cliente era colocado de modo convencional em circulação extracorpórea e a valva mitral podia, então, ser substituída ou reparada com toda segurança.



**Figura 15**– Técnica de substituição de valva mitral, cortando apenas duas cartilagens costais do lado direito do esterno. (Fonte: Congresso de Cirurgia Cardiovascular, 1996, EUA)

Em maio de 1996, durante um congresso de cirurgia cardiovascular minimamente invasiva realizado em Minneapolis (EUA), o médico Steven R. Gundry, da Universidade de Loma Linda, Califórnia (EUA), tornou pública uma nova técnica cirúrgica: com uma miniesternotomia, a valva aórtica era substituída. Em vez de corte total no esterno (osso que fica à frente do tórax)

numa extensão de 25 cm, abre-se o esterno apenas 8cm com uma incisão em L invertido (Figura 16 a seguir):



A nova técnica limita a incisão em L invertido a 8 cm (esternotomia mediana)

Antes, essa operação era realizada com a abertura total do esterno (22 a 25 cm)

**Figura 16**

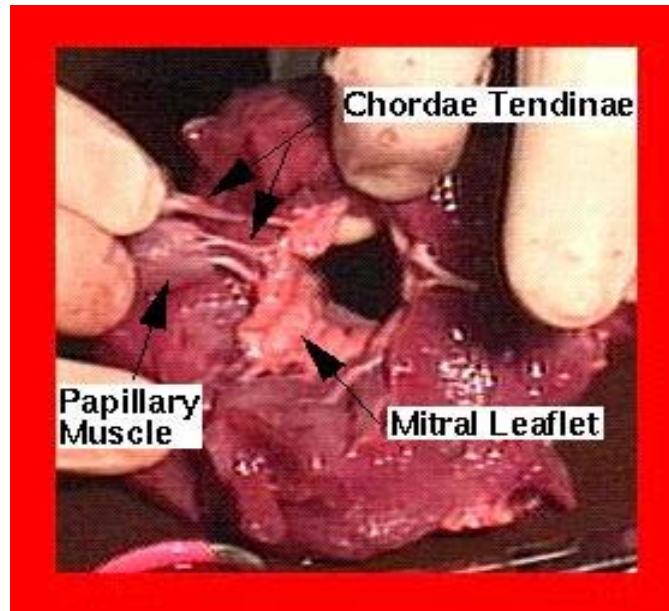
(Fonte: Congresso de Cirurgia Cardiovascular, EUA, 1996)

Com essa miniabertura, o cliente é colocado na circulação extracorpórea e a valva aórtica pode ser substituída ou reparada. Essa via de acesso poderá ser aplicada também no caso da valva mitral. As pequenas incisões (Figura 17) são extremamente benéficas para o cliente, e não criam dificuldades para a equipe cirúrgica experiente (COHN, 2001).



**Figura 17** – Incisões cirúrgicas para substituição ou reparo de valva aórtica.

Quando a valva é visualizada, os folhetos e outras estruturas valvares, como a cordoalha e os músculos papilares, são removidos.



**Figura 18** - Visualização da valva, folhetos e outras estruturas valvares.  
(Fonte: Congresso de Cirurgia Cardiovascular, 1996, USA)

Alguns cirurgiões deixam o folheto posterior da valva mitral, seus cordões e músculos papilares no local, visando manter o formato e a função do ventrículo esquerdo. As suturas são dispostas em torno do ânulo e, em seguida, dentro da prótese valvar. A valva substituta é deslizada para baixo, pelos fios de sutura, para dentro da posição e apertada no local. A incisão é fechada, e o cirurgião avalia a função do coração e a qualidade da reparação com a prótese. O cliente é desmamado do *bypass* cardiopulmonar e a cirurgia é considerada concluída (BRUNNER & SUDDARTH, 2002).

Eventuais complicações próprias da substituição valvar podem estar relacionadas a alterações súbitas nas pressões arteriais intracardíacas. Antes da cirurgia o coração foi gradualmente ajustado à patologia, mas a cirurgia

“corrigiu” abruptamente a maneira pela qual o sangue passa a fluir através do coração, o que pode causar algum problema (Op.cit.).

### ➤ TIPOS DE PRÓTESES VALVARES

Podem ser utilizados quatro tipos de próteses de valvas: mecânicas, xenoenxertos, hemoenxertos e auto-enxertos (Op. cit.).

As valvas mecânicas apresentam o tipo bola (Starr-Edwards, mecânica), valva de disco ou estrutura inclinada (Medtronic-Hall, mecânica). Acredita-se que as valvas mecânicas são próteses mais duráveis; com frequência, são usadas em clientes mais jovens (RAHIMTOOLA, 2004).

Os xenoenxertos são valvas biopróteses e heteroenxertos de tecido animal (de porco, em geral), porém, valvas bovinas também podem ser utilizadas, considerando que a sua viabilidade de uso é de 7 a 10 anos, também mantém suas características trombogênicas e antigênicas a níveis baixos (LEMOS e STOLF, 2004).

A valva biológica Carpentier-Edwards, de pericárdio de boi, é líder de preferência no mercado dos Estados Unidos e da Europa por combinar hemodinâmica e durabilidade; lançada no Brasil pelo cardiologista francês Arrigo Lessangem , durante o 29º Congresso Nacional de Cirurgia Cardíaca, no Rio Grande do Norte, em 2001, teve boa aceitação por combinar hemodinâmica e durabilidade. As biopróteses porcinas desse fabricante, embora tenham menor durabilidade, podem substituir as valvas mecânicas em pacientes com mais de 60 anos, por condicionarem os usuários à anticoagulação sangüínea vitalícia, melhorando a qualidade de vida dos mesmos.



Embora decorridos mais de 50 anos, continuam as pesquisas de valvas que substituam as mecânicas e as biológicas que mesmo modernas, duráveis e funcionais, ainda não são as ideais, porque nenhuma delas está livre de problemas estruturais ou funcionais (LEMOS e STOLF, 2004).

As valvas biológicas não produzem trombos, eliminando assim, a necessidade de anticoagulação em longo prazo. Usadas preferencialmente em mulheres com idade reprodutiva, deterioram-se em menos tempo devido ao maior metabolismo de cálcio. Durante a gravidez, o acúmulo de cálcio na valva aumenta em três vezes a possibilidade de ocorrência de arritmias ou congestão pulmonar, levando à necessidade de reoperação (ACHER e CHESLER, 1999). Os xenoenxertos usados em todas as substituições de valvas tricúspides são válidos para pessoas com mais de 70 anos de idade, mulheres em idade fértil, clientes com história de úlceras gastrointestinais e outras interações medicamentosas, que não toleram a anticoagulação por longo prazo (BRUNNER e SUDDARTH, 2002).

Os homoenxertos ou aloenxertos, ou valvas humanas, são obtidos a partir de doações de tecido de cadáver. A valva aórtica e parte da aorta ou valva pulmonar, e parte da artéria pulmonar, são coletadas e armazenadas de modo criogênico. Os homoenxertos nem sempre estão disponíveis e são muito dispendiosos. Duram cerca de 10 a 15 anos, um pouco mais que os xenoenxertos; não são trombogênicos, além de se mostrarem resistentes à endocardite bacteriana subaguda. São muito utilizados para substituição das valvas aórtica e pulmonar (Op. cit.).

Os auto-enxertos ou as valvas autólogas, são obtidos pela excisão da própria valva do cliente, em conjunto com a parte da artéria pulmonar, para usá-la como valva aórtica. São viáveis por mais de 20 anos. A anticoagulação

é desnecessária porque a valva é do tecido do próprio cliente e não é trombogênica (Op. cit.).

Eventuais alterações na hemodinâmica, como relatam Lemos e Stolf (2004), podem colocar o cliente em risco de complicações pós-operatórias, como trombos, tromboembolias, hemorragias, infecções, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, hemólise, obstrução mecânica, fadiga dos materiais das próteses, fibroses, retrações, rejeições, degeneração, calcificações e roturas das valvas biológicas.

### **2.1. A Enfermagem e a Cirurgia Cardíaca no Brasil**

Durante muitos anos, o trabalho de Florence Nightingale nesta área era quase único, graças ao seu hábito de registrar suas experiências e os dados observados em seu cotidiano junto aos clientes (FIGUEIREDO, 2003). Todavia, a evolução do conhecimento científico contribuiu para a consolidação definitiva da qualidade do cuidado em enfermagem, e a partir da segunda metade do século XIX os progressos obtidos vêm sendo divulgados, ocupando um espaço expressivo e relevante na literatura científica.

Enquanto profissão, a Enfermagem Moderna, organizou-se e estruturou-se hierarquicamente na segunda metade do século XIX. Surgiram as *nurses* (mulheres de classe social menos favorecida) e as *ladies* (mulheres de classe social elevada), cujas atuações assistenciais eram diferenciadas de acordo com os respectivos saberes e poderes (Op.cit.).

No final do século XIX, a enfermagem inglesa constituiu-se em arte e num ramo da ciências de saúde, dedicada à prevenção e cura das doenças. Entre 1870-1880 o modelo Nightingaleano expandiu-se para outros países,

sendo readaptado para os Estados Unidos da América (1873), Austrália e Canadá (SILVA e LOURENÇO, 2003).

No Brasil, o ensino da Enfermagem nos moldes do sistema Nigthingaleano, iniciou-se em 1894 com a contratação de cinco enfermeiras inglesas pelo Hospital Evangélico de São Paulo. Entre 1921 e 1931, este modelo foi reproduzido na Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Anna Nery (CRUZ, 2000).

Concomitantemente ao desenvolvimento mundial da cirurgia e das valvoplastias, cabe assinalar que em 1889, nos Estados Unidos, a Enfermagem de Sala de Operação foi considerada uma área de especialização, tornando-se a primeira especialidade profissional da categoria (GALVÃO, 2002).

A partir da década de 50, a documentação, a prática e a publicação das pesquisas de enfermagem evoluíram e passaram a ser divulgadas nos Anais de Enfermagem, primeiro periódico da categoria, criado em 1932 e transformado em Revista Brasileira de enfermagem em 1955 tornando-se o órgão oficial de publicações científicas da classe (CRUZ, 2000).

Nos anos 60, a Enfermagem buscou firmar-se como profissão científica. Constituiu-se num marco importante a criação do periódico Nursing Research, nos Estados Unidos, que permitiu a aproximação de saberes com a divulgação de princípios científicos através de suas publicações (Op.cit., 2000).

Sabe-se que a evolução da enfermagem brasileira ocorreu basicamente nas décadas de 50 e 60, aproximando-a de outras ciências, embora só nos anos 70 a pesquisa científica tenha reforçado e aprimorado os conhecimentos profissionais adquiridos. A propósito dessa evolução, “um determinante na caracterização do conhecimento empírico, na década de 80, foi o modelo de Wanda Horta (1977), que preconiza a sistematização da

assistência de Enfermagem pautada no modelo biomédico, utilizando os princípios do método científico” (CRUZ, 2000). Assim, a enfermagem busca desenvolver seus próprios e específicos conhecimentos, sem deixar de manter uma articulação importante com as demais áreas de conhecimento (CIANCIARULLO, 2001).

Nos anos 90 os diagnósticos e as prescrições de enfermagem consolidaram-se, objetivando ajudar o cliente a recuperar e manter a saúde em sua vida diária. Entretanto, o produto deste conhecimento ainda é pouco utilizado pela equipe de enfermagem na prática hospitalar (Op.cit.).

O século XX teve como um dos principais marcadores do avanço científico para o cuidar de Enfermagem a descoberta das sulfas. Houve também um significativo progresso nas técnicas de antissepsias cirúrgicas de grande porte e de maior complexidade, como as cirurgias cardíaca, torácica, renal, abdominal, de pâncreas e crânio. O período ficou conhecido como “a era dos quimioterápicos e antibióticos”, que se tornaram importantes para o controle das infecções e a redução da morbidade, além da mortalidade (RUELLA, 1999).

Da mesma forma como a medicina se especializava, a enfermagem no mundo se modernizava com técnicas e conhecimentos específicos para o cuidar de enfermos (SILVA e LOURENÇO, 2003).

À medida que crescia o número de profissionais com formação superior, passaram a ocorrer mudanças no padrão dos funcionários nas instituições de saúde, tanto que “surgiram os estudos que enfatizavam o suprimento e a demanda de enfermeiros, assim como a quantidade de tempo necessária para a realização das atividades de enfermagem” (CRUZ, 2000).

O profissional de Enfermagem, como membro da equipe cirúrgica, frente ao desenvolvimento das cirurgias e às mudanças técnico-científicas, teve necessidade de aprofundar seus conhecimentos de modo a atuar efetivamente na assistência ao cliente cirúrgico, o cardiológico inclusive (TEIXEIRA, 1999).

O avanço da cirurgia cardíaca gerou um maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem a serem dispensados aos clientes com doenças cardiovascular, fundamentais para a recuperação dos que foram submetidos àquele procedimento cirúrgico (KELLER, 1991).

A fase pré-operatória para a cirurgia cardíaca inicia-se no ambulatório de Cardiologia. Requer uma ação centrada no cliente / família, de forma a apoiá-los e atender as suas necessidades emocionais e fisiológicas. Nessa linha de pensamento, Kawamoto (1999, p. 110) afirma que “[...] os clientes são mais ansiosas e temerosos [...]”, e que tais sentimentos interferem negativamente sobre a estrutura cardíaca.

No ambulatório são realizadas as avaliações clínicas dos clientes, conforme o tipo de lesão, etiologia, história natural da doença, diagnóstico e a indicação cirúrgica. Os clientes são avaliados por uma equipe de saúde multidisciplinar. Nesse momento de decisão é importante conversar com o cliente visando reduzir a insegurança e o medo em relação à cirurgia. Esse é o começo da interação cliente / família / enfermeiro.

Em seguida, o cliente é encaminhado para a unidade de internação, onde serão realizadas as seguintes etapas: recepção, orientações e cuidados de enfermagem clínico-cirúrgicos. Em geral, ele está ansioso e necessitado de atenção e confiança para alcançar um equilíbrio em seu estado biopsicológico (BACKES e OLIVEIRA, 2004).

Nesse momento, na rotina de cuidados da enfermagem de cirurgia cardíaca, o cliente já demonstra confiança na equipe de saúde e, às vezes, pede para detalhar o tratamento a ser realizado. Caso ele demonstre interesse em saber mais, deve-se continuar a fornecer explicações acerca dos procedimentos, mencionando os materiais a serem utilizados, os cenários do centro cirúrgico e da unidade de tratamento intensivo, a posição de colocação dos drenos e tubos, a localização e o tamanho da ferida cirúrgica, sempre enfatizando a necessidade de colaboração e compreensão dele quando acordar do tratamento cirúrgico, já que estará impossibilitado de falar ou de se mobilizar livremente nas primeiras 12h após a cirurgia. Finalmente, deve mostrar-lhe outros clientes que já estão se recuperando adequadamente do ato cirúrgico, como forma de reduzir o estresse e aumentar a confiança dele no tratamento a que irá se submeter (STIPP E LEITE, 2003).

No período pré-operatório, quando o cliente já se encontra internado, as metas da enfermagem são a obtenção do seu consentimento voluntário, desde que devidamente informado e esclarecido, a redução da sua ansiedade e o seu preparo para a cirurgia, todas de grande importância para o sucesso do tratamento (Op. Cit., 2003).

Os cuidados clínico-cirúrgicos começam a partir do histórico de enfermagem, a identificação, as histórias pregressa e atual da doença. São dados úteis, colhidos pela equipe de enfermagem e repassados aos demais membros da equipe multidisciplinar, a fim de comparar as informações para saber se houve omissões. Os dados também vão direcionar o manejo adequado do cuidado (LEITE e BRAZ, 2003).

A realização do exame físico completo pode fornecer dados importantes e recentes que porventura tenham surgido no aspecto clínico, tais como

dispnéia, cianose ao esforço e edema periférico. A verificação das medicações em uso é imprescindível porque algumas devem ser interrompidas antes da cirurgia, para evitar interação medicamentosa no pós-operatório (Op. Cit.).

As próteses orais devem ser removidas para não obstruírem a orofaringe no momento da intubação. Também as lentes de contato devem ser retiradas, pois seu uso contínuo, sem a devida umidificação, pode causar lesão de córnea, além do fato de que o ar condicionado pode agravar tal quadro, pela baixa umidade do ar (Op. cit.). A verificação dos exames complementares prévios à cirurgia deve ser rigorosa, posto que os exames radiodiagnósticos servem de apoio para o cirurgião ao permitirem a visualização das lesões valvares (BACKES e OLIVEIRA, 2004).

As orientações ao cliente no pós-operatório imediato, na unidade de tratamento intensivo, serão aprofundadas de acordo com o interesse que ele demonstrar pelo assunto. Trata-se de uma estratégia para diminuir sua ansiedade e o consumo de oxigênio, favorecendo a sua recuperação (LEITE e BRAZ, 2003). Mas ele deve ser orientado quanto ao suporte tecnológico e hemodinâmico que está sendo utilizado, e quanto ao momento em que os aparelhos serão retirados, se o quadro evolutivo for favorável (Op. cit.).

Ao despertar do bloqueio anestésico, o cliente se apresenta com vários drenos e tubos inseridos no seu corpo, causando-lhe grande ansiedade. O tubo endotraqueal deve ser retirado quando o cliente estiver lúcido. O tempo de espera para que isso ocorra pode ser breve para a equipe, mas é sempre longo para ele, que está ansioso por expressar o seu desconforto físico e emocional (LEITE e NASCIMENTO, 2003).

No dia da cirurgia, recomenda-se a realização da tricotomia corporal (tórax, axilas, abdome, membros). O ideal é que o procedimento ocorra na sala

de cirurgia porque, segundo a Comissão de Infecção Hospitalar, o pêlo é veículo de contaminação e acúmulo de bactérias e, portanto, deve ser removido para reduzir a possibilidade de infecção pós-cirúrgica. Após a tricotomia, o cliente deve ter sua higiene corporal feita com solução de clorohexidine degermante, que promove a antissepsia e possui ação bacteriostática, impedindo a proliferação bacteriana na pele (Op. cit.).

Durante o preparo para a cirurgia, o cliente deve ser orientado quanto ao uso correto do vestuário hospitalar (camisola com a abertura para trás, gorro e sapatilhas). O uso de maquiagem, esmalte nas unhas dos pés e das mãos, enfeites de qualquer tipo, perfumes e peças íntimas não devem ser usados (Op.cit.).

Figueiredo e cols. (2003, p. 209) ressaltam que as últimas avaliações clínicas e a verificações dos parâmetros vitais, antes de encaminhar o cliente ao centro cirúrgico, são importantes para estabelecer um padrão de dados clínicos.

O pós-operatório imediato é a fase em que, em geral, o cliente permanece cerca de 24 horas na unidade de tratamento intensivo. O cenário deve estar organizado para dispensar uma assistência contínua nas 12 horas, subseqüentes à sua admissão (STIPP e LEITE, 2004).

Uma das principais ações de enfermagem durante os cuidados é a observação direta e contínua, permitindo agir rapidamente em caso de urgências clínicas, em função da labilidade que a cirurgia impõe ao cliente, como conseqüência da circulação extra-corpórea, além da irritabilidade miocárdica por manipulação cardíaca (STIPP e LEITE, 2003). A observação do ritmo cardíaco, associada ao estado clínico do cliente, é de vital importância, pois os eletrodos geralmente podem descolar da pele e causar interferência



eletrocardiográfica, disparando o alarme de segurança. O marcapasso provisório deve estar em pleno funcionamento e devidamente conectado aos fios de marcapasso implantados em região apical. Os parâmetros para funcionamento devem estar previamente estabelecidos, para atender a demanda necessária (STIPP e LEITE, 2003, 2004).

A drenagem é outro aspecto que merece atenção, pois o volume de sangramento pode determinar se há complicação passível de re-operação imediata, como no caso de tamponamento cardíaco (Op. cit., 2004).

No pós-operatório imediato, as primeiras três horas do cliente na unidade são cruciais. A cada 15 minutos, tudo que ocorre com o cliente deve ser registrado em formulário próprio, sem desprezar qualquer detalhe (STIPP e LEITE, 2003).

O pós-operatório mediato é a fase na qual o cliente pode ser transferido para a unidade de pós-operatório. Ocorre nas primeiras 24 horas após a cirurgia. O cuidar/cuidados de enfermagem visa ao restabelecimento do equilíbrio fisiológico e a prevenção da dor e das complicações. A avaliação cuidadosa e a intervenção da equipe de enfermagem, sempre que necessário, possibilitarão ao cliente o retorno à função normal, mais rápida, segura e confortavelmente. Nessa fase, os cuidados voltam-se para a recuperação da saúde, incluindo as orientações sobre higiene corporal cuidadosa para que não haja invasão de bactérias na ferida cirúrgica (Op.cit., 2004).

#### ➤ **COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**

Figueiredo e cols. (2003, p. 221) ressaltam que:

[...] os clientes de cirurgia cardíaca têm risco de desenvolver complicações devido à doença de base e ao trauma cirúrgico.

Recomenda-se a manutenção de uma vigilância contínua, uma assistência de enfermagem planejada e a ação coordenada de toda a equipe multidisciplinar [...].

Brunner & Suddarth (2002) também enfatizam as complicações potenciais, destacando:

[...] as alterações da pós-carga, hipovolemia, sangramento persistente, tamponamento cardíaco, sobrecarga hídrica, hipotermia, hipotensão, alterações da frequência e da contratilidade cardíaca, complicações pulmonares, hídricas, volumétricas, neurológicas, insuficiência renal, hepática e coagulopatias. [...]

Nettina (1988, p.224) faz referência às complicações potenciais que freqüentemente ocorrem após a cirurgia cardíaca, e menciona as seguintes:

[...] arritmias atriais, hipóxia, desequilíbrio eletrolítico, toxidez por digital, tamponamento cardíaco, insuficiência cardíaca, hemorragia, insuficiência renal, hipotensão arterial, embolização, síndrome pós-pericardiotomia e pós-perfusão, hipertermia e hepatite. [...]

Medeiros (2003) destaca os sítios de infecção devido à alta mortalidade e morbidade apresentadas:

“[...] a cirurgia constitui um procedimento de risco por si só, devido ao rompimento da barreira epitelial, desencadeando uma série de reações sistêmicas no organismo e facilitando a ocorrência do processo infeccioso, quer seja pelo ato em si, em que ocorre a alteração do pH, a hipóxia e a deposição de fibrina, que afetam os mecanismos locais de defesa, quer seja por uma infecção à distância ou outro procedimento invasivo. A maioria das infecções do sítio cirúrgicos ocorrem em média, dentro de quatro a seis dias após o procedimento [...].

Berne e Brands (2002) complementam as afirmações dos autores anteriormente citados, assegurando que

[...] a mediastinite é uma grave complicação infecciosa do pós-operatório de cirurgias abordando o coração e os grandes vasos da base. A prevalência de infecções mediastinais em cirurgia cardíaca varia de 0, 2% a 5% [...].

Fonkalsrud (1996) confirma que a mediastinite e a osteomielite esternal estão entre as complicações mais sérias de uma esternotomia.

Considerando-se todas as etapas do tratamento cirúrgico, como ressaltam Brunner & Suddarth (2002, p. 245), na rotina do dia-a-dia deverá ser garantida aos clientes uma oxigenação tecidual adequada, através de macronebulizadores contínuos ou intermitentes. Quanto à avaliação do débito cardíaco relacionado com a função renal, devem ser observados os níveis pressóricos, a frequência cardíaca e o débito urinário.

Para Araújo e Gallani (2005), avaliar a recuperação do cliente consiste em pesquisar a coloração e o aspecto da pele, a frequência respiratória, cardíaca, a pressão arterial e o nível de consciência, aferir os pulsos carotídeos, braquial, poplíteo ou femoral; periféricos pedioso, tibial e radial, como uma verificação adicional à procura de êmbolos.

A equipe de enfermagem deve ficar alerta e avaliar subjetivamente as queixas algícas nos primeiros dias de cirurgia, como preconizado por Tyszka, Cabral e Watanabe (2004); deve também observar a disposição do cliente para a fisioterapia, a deambulação precoce e a movimentação ampla dos membros superiores, que permitirão a realização da higiene pessoal e possibilitarão a ingestão de alimentos sem auxílio de terceiros. A medicação analgésica administrada regularmente visa diminuir a intensidade da dor, ajudando o cliente a fazer os exercícios respiratórios e a tossir sem medo, pensando com mais entusiasmo na sua recuperação.

### ➤ OS ANTICOAGULANTES ORAIS

Um aspecto de grande relevância para os clientes submetidos a uma cirurgia cardíaca está relacionado aos anticoagulantes orais antagonistas da

vitamina K, utilizados na clínica para prevenir a progressão ou a recidiva da trombose venosa profunda aguda ou da embolia pulmonar. São medicamentos eficazes na prevenção da tromboembolia venosa aos submetidos a cirurgia ortopédica ou ginecológica, bem como a embolização sistêmica dos clientes com implante de próteses valvares cardíacas ou na fibrilação atrial crônica (GOODMAN e GILMAN, 2003).

A história do anticoagulante, de acordo com Goodman & Gilman (2003), está centrada na observação, nos registros e nas pesquisas clínicas desde o início do século XX, quando o trevo doce foi plantado nas planícies de Dakota (Estados Unidos) e no Canadá, em virtude de sua capacidade de crescer em solos pobres e substituir o milho como silagem.

Em 1924, Schofield relatou que os gados, ao ingerirem essa forragem de trevo doce estragada, apresentaram distúrbio hemorrágico. Essa observação procedeu após Roderick associar a causa a uma redução tóxica da protrombina plasmática. Em 1939, Campbell & Link identificaram o agente hemorrágico como bis-hidroxycumarina (dicumarol).

Em 1948 foi introduzido um congênere sintético mais potente, que passou a ser utilizado como rodenticida extremamente eficaz; o composto foi denominado warfarina, como acrônimo derivado do nome do detentor da patente, a Wisconsin Alumni Research Foundation, acrescido do sufixo 'arina', derivado da cumarina. O potencial de uso da warfarina como agente terapêutico para a doença tromboembólica foi reconhecido, mas não amplamente aceito, em parte devido ao temor de toxicidade inaceitável (GOODMAN e GILMAN, 2003).

Entretanto, em 1951, um recruta do exército americano sobreviveu sem problemas a uma tentativa de suicídio com doses maciças de uma preparação

de warfarina utilizada para controle de roedores. Desde então, esses anticoagulantes tornaram-se uma base para a prevenção da doença tromboembólica, sendo administrados anualmente a centenas de milhares de clientes.

A warfarina é o protótipo de anticoagulantes orais e, sem dúvida alguma, o mais freqüentemente prescrito. Todavia, a ação anticoagulante de todos os fármacos dessa classe é semelhante, diferindo principalmente na sua potência e na duração de ação (Op.cit.).

As futuras perspectivas sobre os agentes orais estão voltadas para os estudos clínicos e os resultados não foram alentadores, até o momento. As questões relativas à posologia e indicações ainda não foram resolvidas. É possível que seja necessário combinar inibidores moleculares pequenos com bloqueadores do receptor. Essas abordagens, principalmente as mais agressivas, precisam ser cautelosas visto que a principal toxicidade dos anticoagulantes e dos antiplaquetários consiste em comprometimento da hemostasia, que também constitui a base da sua eficácia (GOODMAN e GILMAN, 2003).

Atualmente, estão sendo investigados vários antitrombóticos. Esses agentes devem exibir maior eficácia em relação aos já disponíveis, sem aumento de toxicidade. Entretanto, como a eficácia e a toxicidade estão estreitamente relacionadas no caso dos antitrombóticos, e os fármacos atuais são muito eficazes, exibindo toxicidade apenas moderada, o desafio para que os novos agentes sejam aprovados para uso clínico é grande. São ainda necessários estudos clínicos bem planejados, estratificados para o risco de tromboembolia venosa ou arterial recorrente, para se determinar a intensidade e a duração ideais da terapia com os agentes hoje disponíveis (Op.cit.).

Os antiplaquetários novos só foram utilizados em alguns esquemas. É necessário continuar os estudos clínicos para descobrir as combinações ideais de fármacos para se obter uma segurança máxima. Dessa maneira, pode-se melhorar a prevenção da trombose. O desenvolvimento de aparelhos portáteis para medir a INR e clientes submetidos à terapia prolongada com anticoagulantes orais deverá permitir a auto-administração, podendo levar a uma redução dos custos e dos episódios de hemorragia (Op.cit.).

Os cumarínicos, anticoagulantes orais, são antagonistas da vitamina K que agem inibindo a forma ativa desta vitamina, que funciona como fator na formação de fatores da coagulação II, VII, IX e X, e na formação das proteínas anticoagulantes C e S, produzidas no fígado agem na redução da ativação dos fatores da coagulação, dependentes da vitamina K (Op.cit.).

A terapia de anticoagulação oral, levando a seu uso com mais segurança, utilizando-se níveis de anticoagulação mais baixos e com faixas de valores de tempo de protrombina (TP) mais estreitas. O efeito é constatado mediante o TP e seu resultado se expressa no International Normalized Ratio (INR), conforme destacado por Hirsh, Anderson et al. (1998).

Os anticoagulantes orais também utilizados na clínica para prevenir a progressão ou a recidiva da trombose venosa profunda aguda ou da embolia pulmonar. Eficazes na prevenção da tromboembolia venosa aos submetidos a cirurgia ortopédica ou ginecológica, bem como a embolização sistêmica dos clientes com implante de próteses valvares cardíacas ou na fibrilação atrial crônica (GOODMAN e GILMAN, 2003).

A dose necessária para conseguir níveis de coagulação terapêutica é individual e depende de fatores ambientais e genéticos. Alguns fatores podem modificá-los: idade, dieta, ingestão de álcool, mudanças de estações climáticas,

situações de estresse físico ou psicológico e interação do anticoagulante com outros fármacos da medicina tradicional, ou das chamadas medicinas alternativas, como a homeopatia e a medicina naturalista (CASNER e SANDOVAL, 2002).

A abordagem da sistematização do cuidado para o cliente com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar permitiu a construção de um conhecimento específico sobre o tema. Nesse sentido, o capítulo abordou resumidamente a fisiologia, a fisiopatologia, a evolução histórica da cirurgia cardíaca, as valvas protéticas, os cuidados de enfermagem que devem estar de acordo com a realidade do cliente, sua história clínico-cirúrgica e suas dificuldades para realizar o próprio cuidado cotidiano.

## CAPÍTULO III

### REFERENCIAL METODOLÓGICO

#### □ O tipo da pesquisa

Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa e análise temática, o que permitiu descrever e comentar os impedimentos e as necessidades relatadas pelos clientes com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar na construção de uma agenda de cuidar.

Para Polit & Hungler (2004, p. 34), o pesquisador conduz a investigação descritiva; logo, observa, conta, descreve e classifica. Rudio (2003, p. 71) confirma este pensamento ao relatar que a pesquisa descritiva

[...] está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Ao descobrir a realidade descreve, analisa e interpreta a natureza atual ou processos dos fenômenos [...].

A pesquisa exploratória, segundo Polit & Hungler (2004, p.34), investiga a complexidade da sua natureza e os outros fatores com os quais ele está relacionado. Complementando, Gil (1999, p.43) menciona o fato de que a pesquisa exploratória tem por finalidade “[...] desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ou idéias com vistas a formulação de problemas mais preciosos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores [...]”.

De acordo com Minayo (2004, p. 10), as metodologias qualitativas são aquelas

[...] capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.[...]



A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2004, p.101), permite ao pesquisador a necessária “[...] capacidade de observação e interação [...]” com os atores sociais envolvidos [...]. Nesse sentido, Polit & Hungler (2004, p.30) acrescentam que

[...] os resultados das pesquisas qualitativas são tipicamente baseadas na experiência da vida real de pessoas [...] a abordagem tem várias limitações, os seres humanos são os instrumentos diretos através dos quais as informações qualitativas são reunidas e eles são ferramentas inteligentes e sensíveis. [...]

#### □ **O cenário do estudo**

O cenário foi o ambulatório de cardiologia de uma instituição pública federal de grande porte, localizada na cidade do Rio de Janeiro, o qual apresenta características assistenciais, de ensino e de pesquisa. Trata-se de um hospital cuja capacidade total é de 403 leitos, 20 dos quais destinados à Cardiologia e 12 à Unidade Coronariana.

Este ambulatório funciona de segunda à sexta-feira, das 07:00 às 16:00 horas. A demanda média é de 146 atendimentos / dia, e a de clientes de pós-operatório mediato e tardio é de 26 / semana. O atendimento desses clientes por uma equipe multidisciplinar (enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo e médico) ocorre as terças e quintas-feiras.

O ambulatório foi previamente visitado por mim, na qualidade de pesquisadora, para avaliar as condições de realização da pesquisa, a ambientação, fazer o reconhecimento da dinâmica do local, bem como conhecer as normas e as regulamentações institucionais a serem atendidas em relação à coleta de dados.

No dia 08 de março de 2005, após esta visita, apresentei-me ao Comitê

de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital, sendo orientada pelo seu secretário quanto à necessidade de apresentação do próprio Projeto de Pesquisa, com ênfase na metodologia e na forma de abordagem do cliente, além do preenchimento de formulários diversos. O material solicitado pelo referido secretário foi-lhe entregue no dia 08 do mesmo mês, com todas as exigências cumpridas.

Decorridos mais de 60 dias, o Comitê solicitou a minha presença para comunicar que a pesquisa havia sido aprovada, recebendo o registro CEP / CONEP 000.201. Em 31 de maio de 2005 recebi o Termo de Aprovação, o Parecer consubstanciado e a folha de rosto do Projeto de Pesquisa devidamente assinada pelo Coordenador do Comitê e pela Diretora do Hospital (Anexo 1). Havia recomendação expressa no sentido de que os sujeitos da pesquisa não fossem identificados; para tanto, deveriam ser utilizadas as iniciais dos nomes de cada cliente.

Cumpridas as formalidades, dirigi-me ao ambulatório. Pelo fato de estar naquele local como pesquisadora, e não como enfermeira da Instituição, procurei estabelecer um bom fluxo de relações com aqueles que ali trabalhavam: burocratas, profissionais de saúde e pessoal técnico, conforme preconiza Turato (2004, p.392). Sendo assim, dirigi-me à sala da enfermeira chefe do ambulatório para entregar-lhe a carta de apresentação e a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, documentos indispensáveis para viabilizar a realização da pesquisa naquele ambiente, com os clientes portadores de valva mitral mecânica. De imediato, ela se colocou à minha disposição para o que fosse necessário e disponibilizou a utilização de qualquer sala do ambulatório que estivesse vazia, com isso garantindo a privacidade dos clientes e a

realização das entrevistas num ambiente propício.

Após agradecer-lhe a atenção e a cordialidade, retirei-me da sala indo em direção dos corredores, andando devagar e observando as cadeiras enfileiradas, repletas de clientes portadores de cardiopatias. De repente, ao escutar vozes falando o meu nome em tom de surpresa e admiração, deparei-me com um grupo de doze clientes que haviam sido cuidados por mim, quando internados, e que agora aguardavam a vez de serem avaliados pelos cardiologistas numa consulta de rotina.

A experiência profissional confirma que a hospitalização que resulta na dependência, mesmo que momentânea, deixa o ser humano ainda mais fragilizado e propenso a receber a ajuda de que necessita; geralmente esta ajuda é prestada pela equipe de enfermagem, cujos integrantes passam a ser vistos como caridosos, delicados e desprendidos, como assinalam Stacciarini, Andraus, Speridião et al. (1999).

Assim sendo, e apesar do tempo decorrido desde a cirurgia, percebi que eles ainda guardavam na memória os cuidados recebidos: vieram ao meu encontro e me abraçaram, causando mútua emoção pelo reencontro. Aquelas demonstrações de carinho, afeto e reconhecimento profissional e pessoal surpreenderam outros clientes que se encontravam no local e que, ao sorrirem diante da cena, revelaram ser capazes de compreender aqueles gestos de gratidão. Emocionada, procurei um lugar para sentar, enquanto alguns deles permaneciam de pé, ao meu redor.

Indagada sobre o que fazia no ambulatório, expliquei-lhes a intenção da minha pesquisa. De início, não entenderam do que se tratava, mas quando detalhei que estava realizando um estudo com o objetivo de compreendê-los

melhor para poder ajudá-los a superar os impedimentos que enfrentam diariamente em relação ao próprio cuidado, após a alta hospitalar, todos demonstraram interesse, prontificando-se a colaborar naquilo que pudessem. Finalizando, disseram: “Por você, estamos sempre à disposição para contribuir no que precisar”.

Naquele momento, percebendo o quanto havia sido importante atendê-los de acordo com a sua singularidade e sentindo que o passado se misturava com o presente, procurei saber notícias a respeito do estado de saúde de cada um. Todos quiseram falar de suas vidas, de seus impedimentos para o cuidado e de suas dificuldades relacionadas à própria situação financeira; fizeram comentários acerca das medicações que os mantinham equilibrados em sua saúde e do funcionamento normal da valva, demonstrando que guardavam uma boa lembrança da forma diferenciada como haviam sido cuidados.

Assim procedendo, restabeleci uma proximidade que tivera origem no contato diário com eles na enfermaria, durante a internação nas fases de pré- e pós-operatório da cirurgia cardíaca à que foram submetidos.

Após uma breve conversa, dei início às explicações acerca do meu trabalho:

Como vocês sabem, sempre procurei a melhor forma de cuidar. Nessa procura, o que me inquietou foi saber como vocês enfrentam os seus impedimentos de cuidados após a alta hospitalar. Por isso, para saber de vocês, precisei solicitar a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital para poder realizar este estudo. Agora, preciso do consentimento de vocês, por escrito, para poder conversar com cada um sobre os impedimentos que vocês ainda têm no dia-a-dia.

Em seguida, detalhei o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que todos deveriam assinar, comprometendo-me a manter o sigilo

em relação aos nomes daqueles que participassem voluntariamente do estudo. Fiz ver a cada um que se tratava de uma exigência prevista na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Nessa linha de raciocínio, corroborava o pensamento de Lunardi, Lunardi Filho, Silveira et al. (2004) no sentido de que os clientes têm o direito de ser informados sobre o que está acontecendo; ou seja, ser consultado, participar de decisões que lhe dizem respeito a partir de esclarecimentos em linguagem clara e acessível, ter reconhecida a sua capacidade de pensar e principalmente de divergir, respeitar as suas crenças, valores e propósitos, independentemente de sua situação junto à instituição de saúde onde a pesquisa seria realizada.

Após esses esclarecimentos, informei que se quisessem desistir de participar da pesquisa, poderiam fazê-lo a qualquer tempo sem nenhum tipo de prejuízo, e ainda, que a participação não deveria interferir nos compromissos pessoais de cada um. Neste momento, um dos clientes se manifestou:

*Por que isso tudo? Não é necessário assinar nada, sei que tudo que será feito é de grande ajuda para nós! Daqui do hospital só tivemos a cirurgia, os remédios enquanto internados, e o controle de exames. O que precisamos é de uma recomendação do Comitê para que o Ministério da Saúde assuma o nosso tratamento!*

Diante de tais palavras, reiterei que o meu estudo não tinha cunho político, mas científico, visando tão somente melhorar o cuidado dispensado a uma clientela específica.

□ **Os Instrumentos de Coleta de Dados**

✓ **O roteiro de entrevista semi-estruturada**

Este instrumento (Apêndice 1) foi utilizado para a coleta de dados, entendendo-se que

[...] as perguntas fundamentais da entrevista semi-estruturada no enfoque qualitativo, não nascem a *priori*; resultam não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda informação recolhida por ele sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive os realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas.[...]. (TRIVIÑOS, 1990, p. 146)

O processo de construção do instrumento fundamentou-se também nos saberes da prática educativa preconizados por Freire (2003):

[...] respeito à autonomia e à dignidade de cada um é imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceber uns aos outros. [...] Saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber [...].

Por analogia, a apropriação desses saberes, torna coerente a garantia do cuidar, do respeito, da autonomia, da dignidade, da ética e da individualidade do cliente, confirmando a idéia de Coelho (1999, p. 37) sobre a questão, qual seja, a de que:

[...] A construção do cuidar/cuidados abrange elementos ideológicos, fundamentos de uma filosofia assistencial, conceitos e técnica que interessam diretamente as tomadas de decisão sobre as formas de atendimento. [...] envolve raciocínio, intuição, sensibilidade, conhecimento e experiência profissional, além de bom senso. [...]

Sendo assim, o cuidar de clientes submetidos ao implante de valva mitral após a alta hospitalar, deve ser parte de um processo de busca técnico-científica por parte da equipe de enfermagem para identificar as diferentes situações de impedimentos e necessidades dos clientes durante a realização das ações de saúde voltadas para o cuidado no cotidiano.

Dois clientes foram escolhidos pela pesquisadora, aleatoriamente, para fazerem a validação deste instrumento e, em seguida, do croqui da Agenda de Cuidados. Os dois instrumentos foram validados em 31 de maio de 2005, às 10 horas, no próprio ambulatório, ensejando as modificações explicitadas a seguir.

No roteiro de entrevista, a palavra “dificuldade” foi substituída pela palavra “impedimento”, sob a justificativa de ser a primeira muito abrangente e não retratar fidedignamente as situações vivenciadas após a alta hospitalar; isto porque, na realidade, eles se sentiam apenas impedidos de realizar determinadas ações, fossem elas difíceis ou não, em razão da precariedade da própria condição física momentânea. Ou seja: até poderiam realizar certos cuidados, mas não o faziam por causa da dor, por exemplo.

✓ **O croqui da Agenda de Cuidados**

O processo de elaboração da Agenda de Cuidados, a validação do croqui e a forma final do documento estão descritos mais adiante, em capítulo específico desse trabalho.

□ **O Diário de Observação**

Foi utilizado pela pesquisadora um diário de observação durante as entrevistas, para anotar quaisquer detalhes, verbalizados ou não pelos clientes, julgados relevantes para enriquecer a discussão dos resultados. Este procedimento está previsto na literatura científica (Polit & Hungler, 2004).

□ **As Entrevistas**

Após a validação do instrumento de coleta de dados e os ajustes necessários, foram selecionados quatro clientes para as primeiras entrevistas, aos quais foi solicitada anuência para gravação de seus depoimentos em fita magnética, a fim de garantir a fidedignidade daquilo que dissessem. Não

havendo nenhum impedimento, o grupo foi encaminhado a uma das salas vazias do ambulatório, como já referido (TURATO, 2004), e às 10:00 horas do dia 02 de junho de 2005 teve início a coleta de dados.

Os quatro participantes receberam novos esclarecimentos sobre o assunto a ser tratado, foram colocados à vontade para participar da pesquisa ou desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo e/ou constrangimentos de qualquer espécie, e informados de que os dados obtidos seriam utilizados apenas na pesquisa, à qual poderiam ter acesso se assim o desejassem. Por fim, tomaram ciência de que, por orientação do Comitê de Ética do Hospital, as iniciais dos nomes de cada um seriam utilizadas como forma de preservar-lhes a identidade e o anonimato. Nesse sentido, para facilitar a análise dos dados obtidos, a pesquisadora optou por agrupá-las nos casos em que os depoimentos eram similares.

Na ocasião, receberam da pesquisadora mais detalhes sobre o estudo e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse lido, assinado e devolvido à mesma, em observância à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice 2).

Os procedimentos descritos acima foram rigorosamente seguidos durante todo o processo de realização da coleta de dados para a pesquisa envolvendo 48 sujeitos, que ocorreu no período de 02 de junho a 30 de setembro de 2005. Quanto às entrevistas, foram transcritas pela própria pesquisadora, sendo o texto produzido posteriormente submetido a cada cliente, para ser lido e aprovado quanto ao seu inteiro teor.



## □ Os Sujeitos do Estudo

Os clientes que validaram os instrumentos não integraram o grupo de sujeitos do estudo, composto por clientes adultos que se submeteram à cirurgia cardíaca, tendo como característica comum o fato de serem portadores de prótese mitral mecânica, independente do sexo e da época de realização da cirurgia. A escolha dos mesmos coube à pesquisadora, obedecendo a dois critérios: terem sido eles submetidos ao implante de valva mecânica mitral no Hospital onde a pesquisa seria realizada e estarem na faixa etária situada entre 20 e 59 anos.

Justifica-se esta faixa etária com base nos estudos de King (1994), nos quais são evidenciados os distúrbios valvares que levam à cirurgia de troca de valva, conforme as diretrizes de cirurgia nas valvopatias. Nessa linha de pensamento, Pomerantzeff e Barbosa (2004, p.1-8) esclarecem que a troca da valva

[...] dependerá de diversos fatores tais como as características das lesões cardíacas, morbidade, expectativas de vida, baseada em idade, sexo, fase reprodutiva da mulher, doenças sangüíneas e outras.[...].

Embora o movimento de atendimento no ambulatório de cardiologia seja de 17 clientes por semana em média, como referido, podendo chegar, portanto, ao total de 68 clientes/mês, apenas 48 participaram efetivamente do estudo. Muitos desistiram de continuar por razões distintas, todas de caráter particular. Este quantitativo foi considerado satisfatório pela autora do estudo, para os fins a que se destinavam, até porque é “[...] impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes e representativas para se obter dados [...]” (POLIT & HUNGLER, 2004, p.270), cujo conteúdo extenso pode acabar dificultando sua análise, impedindo que se atinja o objetivo desejado.

## □ A Análise e a Interpretação dos Dados

O conteúdo da transcrição das entrevistas, validado pelo respectivo cliente, permitiu a análise dos dados obtidos e a identificação de núcleos temáticos. Segundo Bardin (2003, p. 42) a análise de conteúdo é definida como

[...] Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens [...].

A análise temática, uma das técnicas da análise de conteúdo, segundo Bardin (Op. cit., p.105), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido, e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise, e não de manifestações formais regulares. Os dados coletados foram agrupados por convergência de conteúdo.

A leitura exaustiva das entrevistas transcritas possibilitou a seleção das falas que atendessem aos objetivos do estudo, identificando sempre os impedimentos e as necessidades dos clientes no cotidiano após a alta hospitalar, fazendo emergir as seguintes categorias:

1. Impedimentos cotidianos: sono, dor, ansiedade e memorização;
2. A realidade do cliente após a alta hospitalar;
3. O cliente e os desafios da vida diária; e
4. O cliente e a construção de sua autonomia.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O tratamento dos indivíduos com problemas cardíacos vem alcançando avanços significativos, reduzindo bastante os gastos hospitalares com as internações, levando à concessão de altas cada vez mais precoces. Um dos nefastos resultados dessas altas é a reinternação dos doentes, ao apresentarem

[...] arritmias, problemas respiratórios, derrame pleural, insuficiência cardíaca congestiva e problemas trombo-embólicos. Presença de dor torácica, com ou sem comprometimento respiratório, problemas incisionais, alterações gastrointestinais e efeitos adversos dos medicamentos, como náuseas, vômitos e dores gástricas [...] problemas relacionados à ferida cirúrgica, terapêutica medicamentosa, mudanças nos padrões de sono, bem como alterações no apetite, mudanças emocionais e disfunções neuromusculares [...]. (DANTAS e AGUILLAR, 2005, p.2)

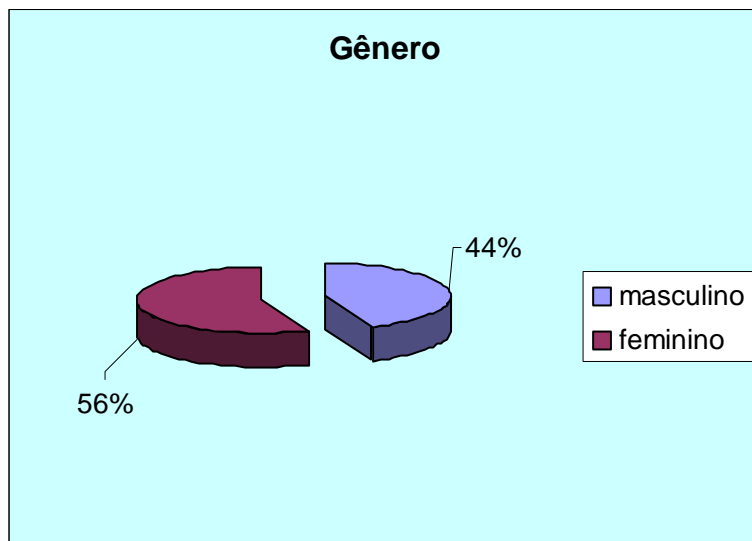
Este capítulo enfoca a análise dos dados obtidos nas entrevistas com os clientes submetidos ao implante de valva mitral mecânica visando a construção de uma Agenda de Cuidados, apresentada na seqüência deste estudo. Seus relatos destacam os principais impedimentos que tiveram durante o período pós-operatório, sendo que os aspectos mais relevantes constam da discussão que se segue.

Preliminarmente à análise e discussão dos dados obtidos, apresenta-se o perfil dos sujeitos que participaram do estudo.

### □ O Perfil dos Sujeitos

Na amostra pesquisada houve predomínio do sexo feminino, com um total de 27 (56%) mulheres. Quanto aos homens, 21 (44%) integraram o grupo de estudo (Gráfico 1, a seguir).

**Gráfico 1** – Distribuição da amostra, segundo o gênero.



Os sujeitos da pesquisa foram indicados para substituição de valva mitral mecânica, conforme as diretrizes para avaliação diagnóstica e terapêutica das lesões das valvas cardíacas, dentro dos princípios de medicina baseada em evidências, de acordo com as recomendações descritas a seguir (POMERANTZEFF, BARBOSA et al., 2004).

Para substituição de prótese mitral mecânica, os clientes devem ter uma expectativa de vida maior. Nesse aspecto, a faixa etária variou de 20 a 59 anos, portanto, dentro das diretrizes propostas. Deve ser ressaltado que os sintomas e a natureza dos distúrbios relatados corresponderam aos mencionados pela literatura científica como passíveis de acontecer (KING, 1994).

Segundo as diretrizes apresentadas por Pomerantzeff, Barbosa et al., (2004), os clientes considerados jovens, ou seja, com idade menor que 35 anos, não tiveram indicação para avaliação hemodinâmica complementar. Não se identificou a presença de fatores de riscos coronarianos, história da doença arterial cardíaca ou evidência de isquemia, mas foram encontrados clientes jovens com estenose mitral de etiologia reumática, corroborando as normas descritas pelos autores já referidos.

No caso de homens e mulheres com 35 anos ou mais, houve recomendação para a realização de angiocoronariografia, porque ambos têm fatores de riscos coronarianos, principalmente as mulheres com idade de pré-menopausa. Alguns clientes submeteram-se à cirurgia da valva, em caráter emergencial, por causa da insuficiência cardíaca aguda, doença da raiz da aorta ou endocardite infecciosa, mas não tiveram fatores de risco coronariano, angina, evidência objetiva de isquemia, embolia coronariana, disfunção sistólica do ventrículo.

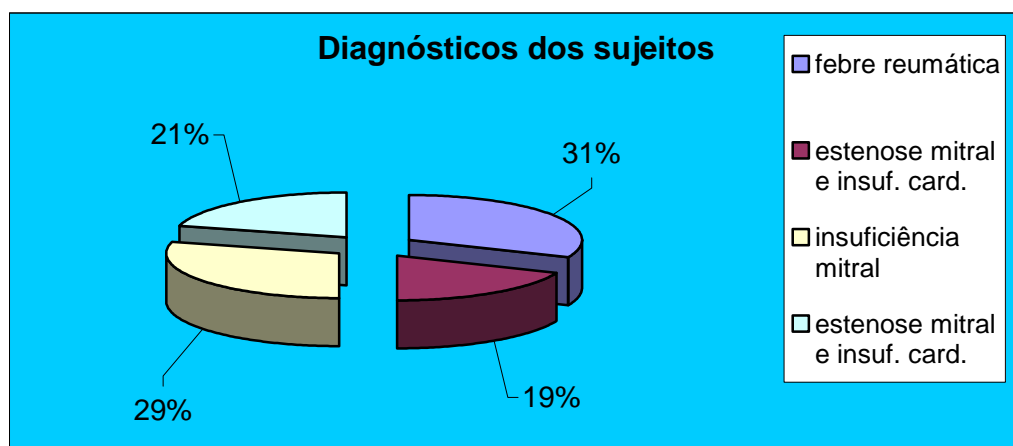
Desta forma, quanto aos clientes com idade inferior a 30 anos, a causa foi provavelmente congênita, nesta faixa etária; de 30 a 55 anos de idade, a valvopatia foi provavelmente devido à doença reumática que afeta mais freqüente a valva mitral (Op. cit. 1994, p.13)

Os clientes receberam os seguintes diagnósticos: 14 (31%) eram portadores de febre reumática, nove (19%) apresentavam estenose e insuficiência mitral, 14 (29%) apenas insuficiência mitral e 10 (21%) apenas estenose.

As diferentes disfunções da valva mitral, apesar de possuírem suas especificidades, cursam na maior parte das vezes com longos períodos de

tratamento clínico e, em geral, ocorre a ineficácia da terapêutica clínica a partir de uma determinada fase da evolução natural da doença, o que determina a necessidade de intervenção cirúrgica, independente do sexo (GRINBERG, 2002). O Gráfico 2, a seguir, demonstra os diagnósticos dos clientes que participaram do estudo.

**Gráfico 2** – Distribuição dos clientes, segundo o diagnóstico.



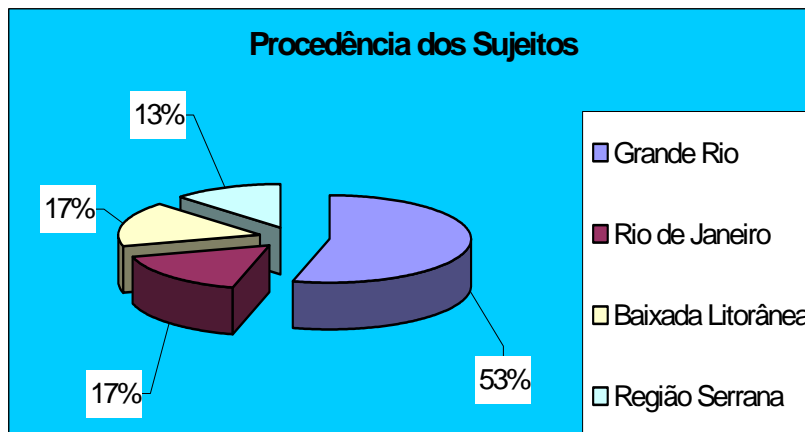
Observa-se que entre os clientes há um grande número de desempregados, segundo eles porque antes da cirurgia, podiam realizar serviços que exigiam esforços físicos. As limitações físicas impostas pelo implante de valva mitral mecânica e pelo tratamento impedem o retorno ao trabalho, concorrendo para que a situação financeira se transforme em mais um problema na rotina de vida de cada um.

A literatura mostra que as questões sociais têm importante papel na determinação das doenças. Autores da área de epidemiologia como Bloch, Almeida Filho e Rouquayrol (1999), revelam que as pessoas de baixo nível socioeconômico, geralmente apresentam precárias condições de saúde

expressando altos coeficientes de morbimortalidade para as doenças cardiovasculares. A variável que determina o padrão socioeconômico está ligada ao conceito de *status* social e se aplica ao processo saúde-doença de um indivíduo ou coletividade (BLOCH,1998; ALMEIDA e ROUQUAYROL,1999), daí porque a escolha da valva a ser implantada continua sendo uma questão difícil e controversa.

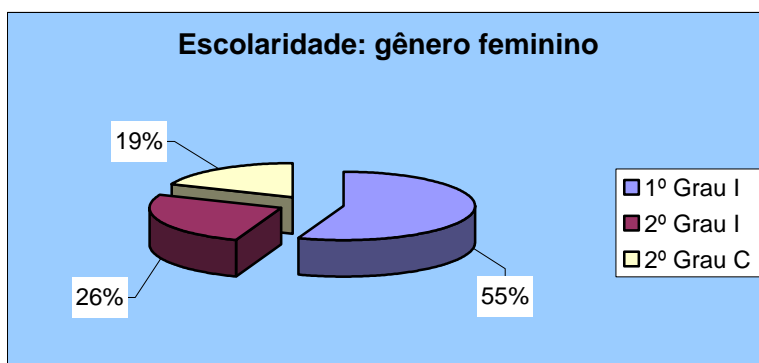
Quanto à procedência dos clientes, constatou-se que 26 (53%) eram da Região do Grande Rio, 08 (17%) residiam na cidade do Rio de Janeiro, 08 (17%) eram da Baixada Litorânea e 06 (13%) da Região Serrana (Gráfico 3, a seguir).

**Gráfico 3** – Distribuição dos clientes, segundo a procedência.

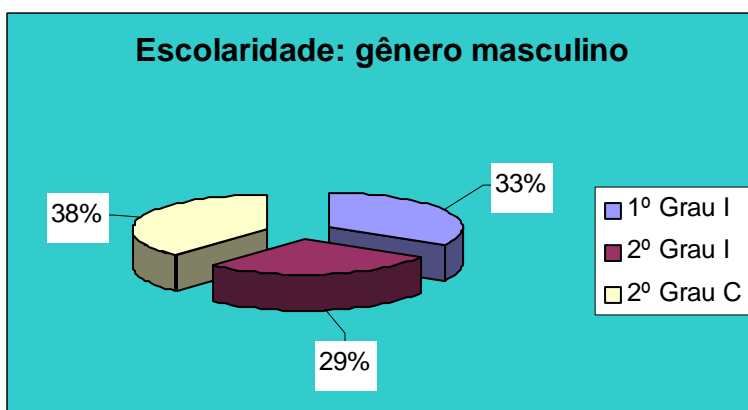


Quanto à escolaridade, 15 (55%) clientes do sexo feminino tinham o 1º grau incompleto; 07 (26%), o 2º grau incompleto e 05 (19%), o 2º grau completo. Já entre os homens, 08 (38%) clientes tinham o 2º grau completo; 07 (33%), o 1º grau incompleto e 06 (29%), o 2º grau incompleto (a seguir, Gráficos 4 e 5, respectivamente).

**Gráfico 4** – Distribuição das clientes, segundo a escolaridade



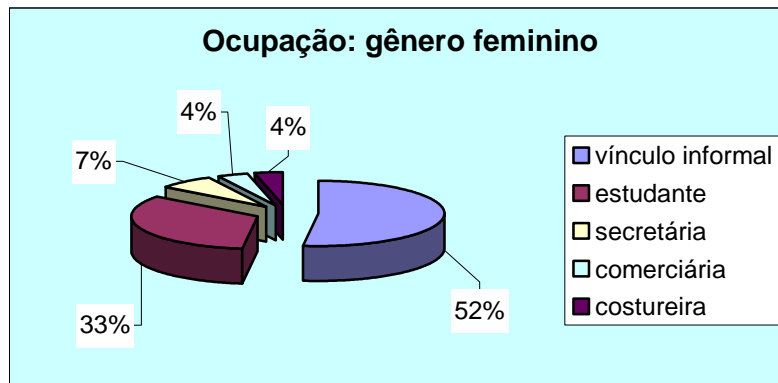
**Gráfico 5** – Distribuição dos clientes, segundo a escolaridade.





Em relação à ocupação, no caso do sexo feminino, 14 (52%) clientes realizavam atividades informais, 09 (33%) estudavam, 02 (7%) eram secretárias escolares, 01 (4%) era comerciária e 01 (4%) era costureira (Gráfico 6).

**Gráfico 6** – Distribuição das clientes, segundo a ocupação



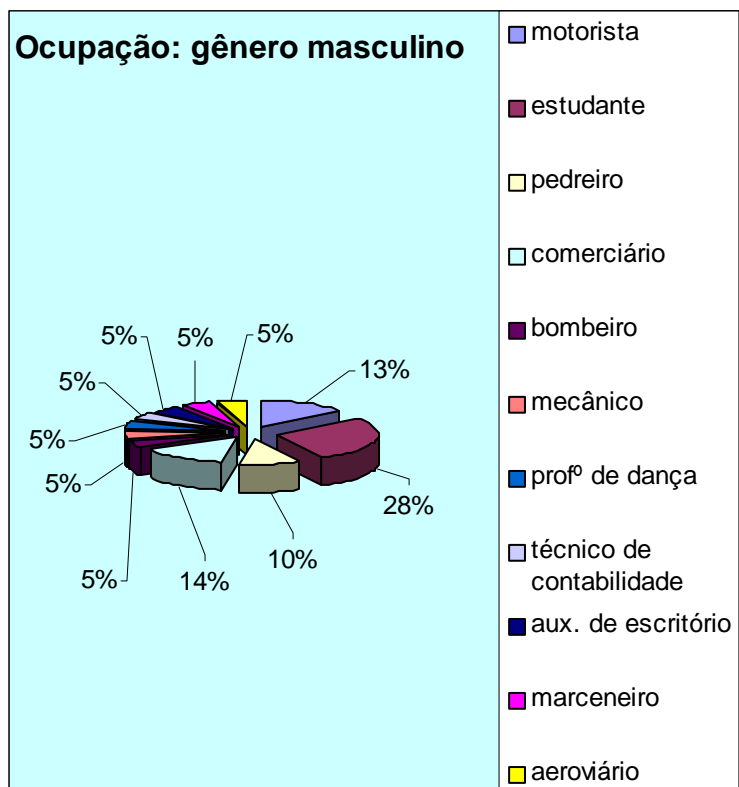
Os gráficos evidenciam que a maioria das clientes submetidas à cirurgia era “do lar”, seguidas de “estudantes”. Neste último caso, confirmou-se o fator idade como de risco para doenças valvares.

Outro dado relevante relaciona-se ao fato de que, em geral, todas buscam realizar alguma atividade rentável dentro do lar, como forma de auferir ganhos para ajudar a complementar a renda familiar, com isso evitando o desgaste físico e emocional do trabalho externo, o que comprova a ocorrência de “[...] mudanças nos comportamentos e hábitos diários [...] atribuídos à experiência cirúrgica [...]”, mencionada por Dantas e Aguillar (2001, p.5).

O Gráfico 7, a seguir, demonstra que dentre os clientes do sexo masculino, 03 (5%) eram motoristas, 06 (28%) estudantes, 02 (10%) pedreiros, 03 (14%) comerciários e 07 profissionais diversos, assim distribuídos: bombeiro (5%), mecânico (5%), professor de dança (5%), técnico de contabilidade (5%),

auxiliar de escritório (5%), marceneiro (5%) e aeroviário (5%).

**Gráfico 7 – Distribuição dos clientes, segundo a ocupação**



Concluída a apresentação do perfil da clientela estudada, segue-se a análise das categorias que emergiram das falas dos sujeitos entrevistados.

- **CATEGORIA 1 -**

**IMPEDIMENTOS COTIDIANOS: SONO, DOR, ANSIEDADE E MEMORIZAÇÃO**

Os impedimentos vivenciados no dia-a-dia relacionam-se, em grande parte, com fenômenos subjetivos que podem ocorrer temporariamente, associados ao processo de adoecer, como acontece com o sono, que se torna mais difícil de conciliar.

A dor provém da incisão cirúrgica, do desconforto que impede a natural mobilidade, a respiração mais profunda, os exercícios respiratórios e a tosse. Tudo isto gera uma ansiedade decorrente do estresse da situação vivenciada, que pode culminar em depressão, dependendo da visão de mundo do cliente.

- **O Sono**

O sono é um estado comportamental complexo e um dos grandes mistérios da neurociência moderna, como afirma Rechtschaffen (2002, p.18-24) É uma necessidade entre os vertebrados superiores, talvez entre todos os animais; essencial às nossas vidas, é quase tão importante quanto a alimentação e a respiração. O sono é um estado facilmente reversível, de reduzida responsividade e interação com o meio-ambiente. Tem distintas fases: várias vezes, durante a noite, a pessoa entra no estado chamado 'sono de movimento rápido dos olhos' ou sono REM (*Rapid Eye Moviment*) e invoca as ilusões detalhadas e vívidas que denominamos 'sonho'. Já no sono não-REM, o encéfalo usualmente não gera sonhos completos (BEAR, 2002, p.614). A identificação do sono com movimentos oculares rápidos (REM), feita por Aserinuski e Kleitman, em 1953, inaugurou o seu entendimento por meio da neurobiologia.

Esse entendimento acerca do sono gerou um enorme potencial de novos

modelos funcionais etiológicos e farmacoterapêuticos do ciclo do sono/vigília e dos transtornos mentais. Isto porque os hipnóticos benzodiazepínicos e não-benzodiazepínicos aumentam a transmissão gabaérgica, ligando-se a uma região de tolerância, dependência e alterações indesejáveis da arquitetura do sono (ALOE, 2005, p.33-39).

Possivelmente, esta é a explicação para o fato de os clientes utilizarem ansiolíticos para conciliar o sono, considerada uma das maiores dificuldades que sentem quando retornam aos seus lares, após a alta hospitalar. A esse respeito, eis o que os clientes disseram:

*(...) não usava remédios para dormir antes de operar. Agora tomo. Uso todos os dias (...). (WO) (LM) (JL)*

*(...) fico acordado a noite toda, se não tomar remédio para dormir (...). (JPC) (LV) (PGA)*

*(...) antes de operar, tomava um remédio bem fraco para dormir. Depois que operei, tomo um remédio forte e às vezes não durmo (...). (AM) (JPM) (SPL)*

Sabe-se hoje que a qualidade do sono e o bem-estar da vigília ficam prejudicados quando os ciclos circadianos não estão sincronizados, um fenômeno que pode ocorrer durante algum tempo; quando isto ocorre, o corpo é repentinamente forçado a cumprir um novo ciclo de sono-vigília (BEAR, 2005, p.629) levando à alteração de mais de um relógio biológico, pois o sono-vigília e a temperatura corporal podem seguir ciclos diferentes, conforme seus próprios ritmos, desacoplados um do outro.

A explicação para os impedimentos relacionados à conciliação do sono após a alta hospitalar, tem a ver com a rotina de cuidados intensivos a que os clientes são submetidos no pós-operatório imediato, quando têm o repouso

noturno interrompido que prejudicam a qualidade do sono e da vigília, conforme explicaram os clientes:

*(...) Não dormia; tinha insônia até hoje uso remédio para dormir (...). (FAC) (ML) (NN) (ML)*

As razões dos problemas relacionados ao sono são várias, inclusive o impedimento de encontrar uma posição adequada para deitar, como relataram três clientes:

*(...) fiquei sem dormir enquanto tive dor, quando não mais senti dor, durmo muito bem (...). (CAP) (JS) (MAL)*

▪ **A Dor**

A dor surge com os movimentos físicos, que causam grande desconforto aos clientes, fazendo com que tentem dormir sentados e um pouco encurvados, de forma a que seus nervos do tórax (parede anterior) não fiquem muito estirados.

Esta busca pela acomodação do corpo é justificada pelos entrevistados sob a alegação de que a mesma proporciona certo alívio, o que é verdade e se confirma nas explicações que deram para adotar aquela posição corporal:

*(...) Fiquei impedido, pela dor nos músculos, de caminhar. Só andava encurvado, limitado para os movimentos: levantar, sentar, deitar de lado. Tive muita dor (...). (CGB) (MES) (AD)*

Indagados se adotavam outra posição para dormir mais confortavelmente, apenas dois clientes relataram o seguinte:

*(...) Tenho que dormir sentada, devido à dor, e levantar, só abraçada com o travesseiro, como apoio (...) corpo bem encolhido e abraçado ao travesseiro, mesmo assim minhas costas dóem muito (...). (MS) (LS)*

Apenas uma entrevistada reclamou, dizendo: “(..) *não conseguia ter uma posição na cama e já estava cansada de dormir só de um lado (...)*” (TA).

O apoio físico obtido com o travesseiro abraçado ao corpo, mencionado acima, é uma estratégia que ajuda a minimizar a dor, conforme afirmam Brunner & Suddarth (2002, p.595). As autoras explicam que a dor produz tensão e pode estimular o sistema nervoso central a liberar adrenalina. Esta, por sua vez, resulta em constrição das arteríolas, o que pode provocar o aumento da pós-carga e a diminuição do débito cardíaco. Nesses casos, há necessidade de fazer uso de opióides, que aliviam a ansiedade e a dor, induzindo ao sono (Op.cit., p.595).

Em geral, a dor relatada pelos clientes afeta a área adjacente à cicatriz cirúrgica, e resulta da percepção de sensações tão diversas quanto às causadas por irritação, inflamação, fisgada, ardência ou latejamento, consideradas sensações ruins ou mesmo insuportáveis, oriundas de alguma parte do corpo. Nessa linha de pensamento, Dantas e Aguillar (2001, p.6) confirmam que:

[...] a dor referida pelos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, é causada pela secção dos nervos intercostais, ao longo do trajeto da incisão, e pela irritação da pleura, devido à presença de drenos torácicos [...]. Todavia, esclarecem que a dor irá [...] diminuindo gradativamente nos dois meses de recuperação [...].

Os clientes devem ser esclarecidos em relação às causas da dor, que pode ser reduzida com analgésicos prescritos, e tornarem capazes de perceber

que, como cada um reage diferentemente frente a determinada situação, é necessário fazê-los entender claramente que o impacto da dor nas atividades cotidianas será abreviado paulatinamente, na medida em que a recuperação se processar, sempre enfatizando que, para que isso ocorra com maior rapidez, a colaboração do próprio cliente é imprescindível (FIGUEIREDO, 2003 p.392).

A dor, um dos transtornos mais freqüentes após a alta hospitalar, foi mencionada por dois clientes como um fator impeditivo para a realização de atividades cotidianas:

*(...) Não consegui levantar da cama, tive dor, pedi ajuda para tomar banho, botar minha comida (...).  
(MES) (JP)*

Nota-se que a dor está presente em todos os movimentos dos clientes. Correa (1997) estimou a validade de conteúdo das dezenove características da dor detectadas: desconforto, medo da dor, alteração no padrão do sono, comportamento protetor, doloroso, irritabilidade, inquietação, expressão facial de dor, aumento de freqüência cardíaca, imobilidade, ansiedade, diminuição da ingestão de alimentos, localização limitada, afastamento do contato social, prejuízo nos processos de pensamentos, postura não usual, hipertensão, alteração do padrão respiratório. Dois sujeitos relataram as próprias experiências a respeito:

*(...) Fiquei de pés e mãos amarrados, tive dor para tomar um banho com mais vigor, deitar e movimentar prá lá e pra cá; tive dificuldades para fazer esse movimento. Como doeu! Fui direto tomar banho, não pude abaixar muito, porque é de balde, dei um jeitinho.(...). (PJC) (JP)*

Todavia, pode-se perceber que mesmo com dor, eles ficam mais à vontade e se sentem mais seguros porque estão de volta ao lar; assim, sempre dão um 'jeitinho' para superar as próprias limitações, conforme relatos a seguir:

*(...) Todas as coisas que a gente faz normalmente, não pude fazê-las espontaneamente, porque tive dor: fui fazendo o que posso, no meu dia-a-dia, estou tranqüila, andando devagar, tudo vai passar (...). (CJ) (CAP) (HC)*

Portanto, o mais importante para eles é o retorno ao lar, a esperança de poder andar sozinho e de que a dor, aos poucos, vá passando.

Dantas e Aguillar (2001, p. 4) confirmam que os clientes submetidos à cirurgia cardíaca realmente têm “[...] dor e desconforto nas incisões cirúrgicas, bem como dores musculares nos ombros, costas e pescoço [...]”, o que pode contribuir para que evitem “[...] movimentos respiratórios profundos [...]” e a realização de exercícios físicos. Todavia, a prática profissional mostra que o desempenho muscular do cliente terá uma considerável melhora se ele praticar atividades físicas moderadas, desde que observe cuidadosamente o seu equilíbrio hemodinâmico e obedeça as restrições dietéticas.

▪ **A Ansiedade**

Dantas e Aguillar (2001, p.4) referem-se também à ansiedade demonstrada pelos clientes após a alta hospitalar, afirmando que ela é extensiva às suas famílias e se justifica pelo fato de se sentirem “[...] desprotegidos da vigilância constante da equipe de saúde fora do hospital [...]”. E complementam, dizendo que o papel do enfermeiro junto ao cliente cirúrgico é relevante, e que a assistência prestada deve “[...] estar centrada em cuidados como curativos, administração de medicamentos, fisioterapia e educação, visando a sua recuperação e detecção de problemas [...]”, especialmente considerando que “[...] o primeiro mês de recuperação é particularmente estressante para o doente e a família [...]”.



O preconizado na literatura científica foi confirmado pelos clientes, ao revelarem que a ansiedade e o medo foram constantes durante o período de recuperação pós-alta hospitalar, levando-os a mostrarem-se inseguros e a sentirem-se incapazes para realizar determinadas tarefas. Alguns comentaram suas experiências:

*(...) mesmo sabendo que eu podia tomar banho normalmente, ficava com medo de ferir a cicatriz do meu peito (...). (AMP) (AAL)*

*(...) Todos os dias lavava os meus cabelos com ajuda de minha filha, mantinha minha higiene rigorosamente, como de costume (...). (VS) (CGB)*

A experiência profissional mostra que depressão, medo de agir e ansiedade são sentimentos que todos experimentamos em algum momento da vida, independentemente da ocorrência de um evento cirúrgico. No caso desses clientes, a ansiedade pode ser causada pelo transtorno de estresse pós-traumático, que é a rememoração de um evento extremamente marcante, acompanhado por sintomas de hiperatividade e de evitação dos estímulos associados àquele trauma, como explica Bear (2002, p.679), ao mesmo tempo em que questiona esses sentimentos, a fim de identificar se são sinais sensoriais de nosso corpo, padrões difusos de atividade em nosso córtex ou algo mais (Op.cit., p.581).

Neste estudo, os depoimentos permitiram constatar que após a alta hospitalar, todos se sentiram desanimados devido ao deficiente estado clínico pós-cirúrgico em que se encontravam, gerando medo de agir e depressão frente a alguma incapacidade física, ainda que momentânea. Tais sentimentos, de acordo com Bear (Op.cit.), estão relacionados ao tratamento e, embora todos soubessem disso por terem sido esclarecidos a respeito, choravam e ficavam inexpressivos diante de qualquer situação em que algum problema se

apresentasse, voltando-se para si mesmos e deixando até mesmo de conversar.

Dantas e Aguillar (2001, p.6) mencionam que “[...] no período pós-operatório do cliente submetido à cirurgia cardíaca, são comuns crises de choro e momentos de tristeza [...]”, e que isso se deve a “[...] uma sensação de culpa [...]”, como se ele pudesse “[...] ter provocado a sua doença cardíaca com comportamentos e hábitos pouco saudáveis [...]”, o que se sabe não ser verdadeiro.

Os mesmos autores (Op.cit., p. 4) também alertam para o fato de que:

[...] muitas dúvidas poderão surgir nos primeiros dias após a alta, tais como questões relacionadas ao tratamento, aparecimento e/ou manutenção de sinais e sintomas e surgimento de novos problemas [...],

daí porque ressaltam que “[...] o enfermeiro tenha um importante papel na assistência aos clientes e de seus familiares [...]” (Op.cit.).

O período pós-cirúrgico, conhecido como período tardio, é o mais difícil de terminar e segundo Figueiredo e cols. (p. 280, 2003), “[...] se relaciona com o desaparecimento da dor, do mal-estar, da depressão e da instabilidade dos sistemas orgânicos [...]”.

O sentimento predominante mencionado pelos entrevistados foi a ansiedade, que precisa ser prontamente controlada para propiciar-lhes condições de melhora clínica e maior bem-estar. Sendo assim, o enfermeiro deve estar atento a todas essas questões ao esclarecer as dúvidas dos clientes, e eventualmente, as de seus familiares, para evitar que surjam novos problemas. Sua ajuda e o apoio emocional despertam nos clientes à vontade de superar as dificuldades momentâneas. O cuidado, como já foi dito, é fundamental na educação à saúde, que deve ser realizada de forma contínua,

progressiva, e visar a eficácia do tratamento e da prevenção dos agravos à saúde dos pacientes. Nesse sentido, Oliveira e Gonçalves (2005, p.763) afirmam que “[...] na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde [...]”, cabendo ao enfermeiro, como profissional dessa área de atuação,

[...] identificar os níveis de suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador e participe deste processo transformador [...].

Ênfase também deve ser dada ao fato de que a ansiedade excessiva pode levar à inobservância das prescrições médicas e da dieta preconizada resultando em agravos à saúde. Alguns clientes manifestaram-se a respeito dessa questão:

(...) A ansiedade aumentou muito depois que cheguei em casa. Estava tudo desorganizado, e eu estou precisando de ajuda para minha higiene, até para lembrar os horários dos remédios (...) e quando lembro passou dos horários (...).  
(VM) (JS) (CS)

A respeito das condições físicas e das necessidades dos clientes, Baggio et cols. (2001, p. 124) comentam: “[...] o cliente a ser submetido a um evento cirúrgico, tem suas necessidades psicológicas e fisiológicas alteradas, o que afeta o seu equilíbrio físico e emocional [...]”, tornando-os apáticos diante das novas condições físicas.

Eles referiram o que sentiram após a alta hospitalar:

*(...) acho que a depressão e a ansiedade me impediu que eu fizesse os mínimos esforços (...). (PJA, (JP) (MIA)*

Uma das causas da ansiedade dos clientes é a incapacidade momentânea de se cuidarem ou de manterem uma rotina habitual de higienização. Embora saibam que a higiene do corpo oferece conforto e previne doenças, por se sentirem cansados e limitados em seus movimentos, às vezes deixam de realizá-la a contento. Sendo assim, ainda que debilitados, devem ser estimulados e/ou ajudados a realizar as atividades relacionadas ao asseio corporal e à limpeza do ambiente.

Na opinião de Lima (2005, p.288), a higiene também está “[...] diretamente relacionada às condições sócio-econômicas e culturais [...]” que, se não forem adequadas, impedem a sua realização, conforme três relatos:

*(...) sabia que tinha que tomar banho da cabeça aos pés todos os dias, mas a falta d'água por um período, me obrigou a tomar banho um dia sim, outro não (...). (TA) (AS) (CMA)*

Vigarello (1985) lembra que as práticas de higiene fazem parte da história corporal, desde a Idade Média, quando apenas as partes visíveis do corpo eram higienizadas, porque a posição social do indivíduo era determinada pelo olhar do outro, pela aparência do corpo, não havendo sequer preocupação com a troca de roupas íntimas.

Na atualidade, a higiene é concebida “[...] como um tipo de conhecimento ou o exercício de uma prática relativa à manutenção da saúde [...]” e assim, “[...] deve ser entendida como uma necessidade a ser atendida de forma a promover e prevenir doenças [...]” (TONINI, FERREIRA, VIANA et al., 2003, p. 127).

Certamente, todos reconhecem que os cuidados de higiene pessoal podem ser cansativos e exaustivos para alguns clientes, dependendo do estado de saúde prévio à cirurgia e no momento atual, época de compensar a

disfunção cardíaca ocasionada pela doença. Em decorrência, atividades como tomar banho, lavar e desembaraçar os cabelos, enxugar o corpo, vestir e calçar que, para pessoas saudáveis, requerem um mínimo de esforço físico, para aquelas com implante de valva mitral mecânica tornam-se mais difíceis de serem executadas face à dor causada pelos movimentos que cada ação exige.

Em seus depoimentos, ressaltaram suas maiores dificuldades em relação à própria higiene:

*(...) Tomar banho, lavar os cabelos, vestir a roupa  
(...). (WO) (MLG)*

*(...) não posso esfregar os meus cabelos e enxugar  
com mais vigor (...). (MÉS) (VL) (BFS)*

Apesar de cansativas, essas atividades precisam ser realizadas pelo cliente, cabendo-lhe fazê-las observando as próprias limitações físicas (NETTINA, 1998, p.247), até conseguir superá-las definitivamente.

#### ▪ **A Memorização**

Outra questão que surge no cotidiano após a alta hospitalar é a memorização dos cuidados a serem observados, como afirmam Brunner & Suddarth (2002, p.603). Segundo as autoras, depois da cirurgia cardíaca surgem dificuldades de memória em curto prazo. Tal fato pode agravar-se porque, quanto mais estressados os clientes, mais esquecidos ficam, principalmente quando estão sendo submetidos a exames ou enquanto aguardam os resultados dos mesmos. Vale esclarecer que, de acordo com Berne (2002, p.245), “[...] memória refere-se aos mecanismos de armazenamento para aquilo que foi aprendido [...]”.

Mas Potter & Perry (1999, p.420) complementam afirmando que é necessário um tempo para que ocorra uma adaptação fisiológica e psicológica

relacionada ao controle dos horários para realização de exames e ingestão de medicamentos prescritos, lembrando que a adaptação “[...] é o processo pelo qual as dimensões fisiológicas ou psicológicas se alteram em resposta ao estresse [...]”, comum aos pacientes que se submeteram a uma cirurgia cardíaca.

Essas dificuldades de memorização foram citadas por três clientes:

*(...) Parece que fiquei esquecido foi a primeira coisa que notei foram os horários, as datas e as dosagens do anticoagulante (...). (HC) (IA) (MO)*

Os clientes ficam inseguros quando se deparam com a dosagem do anticoagulante e parece que se tornam desatentos, como referiram:

*(...) Estou muito esquecido, não consigo guardar datas dos exames e não lembrar de nada o que aconteceu comigo antes da cirurgia (...). (VS) (MLA) (LC)*

O esquecimento foi um dado comum entre os clientes estudados, todos muito ansiosos e amedrontados com o que poderia eventualmente surgir no período de recuperação pós-alta, dificultando-lhes a vida cotidiana. Nesses casos, o enfermeiro deve alertar o cliente para o fato de que o estresse relacionado ao tratamento e ao cumprimento dos esquemas medicamentosos pode afetar-lhes a qualidade de vida, e explicar-lhes que a amnésia global é transitória e pode ter origem em fatores como estresse físico, uso de drogas, banhos frios e mesmo a atividade sexual, presumivelmente devido ao fato de todos serem fatores afetados pelo baixo volume de fluxo sanguíneo encefálico, o que é considerado natural no período de recuperação, conforme citado na literatura científica que trata do assunto (BEAR, 2002, p.744).

Portanto, as orientações transmitidas pelo enfermeiro, além de claras, devem ser específicas, ainda que o entendimento dos clientes vai depender de

diversos fatores como idade, sexo, vontade, capacidade, disposição e condição física para apreender o que for dito. A propósito, Gadotti (2005, p.4) comenta que “[...] apreender é muito mais que compreender e conceitualizar: é querer, compartilhar, dar sentido, interpretar, expressar e viver [...]”.

Para os clientes com implante de valva mitral mecânica, a alta hospitalar implica em mudanças comportamentais e de hábitos cotidianos. É o momento de adotar um novo estilo de vida, tudo dependendo essencialmente da vontade deles no sentido de aceitar as dificuldades da fase de recuperação pós-cirúrgica, e da própria capacidade de superar os desafios que se lhes apresentem. Nessa linha de raciocínio, Freire (2001, p.35) afirma que:

[...] o homem compreende sua realidade, por levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade, e procura soluções [...] assim, pode transformá-la e com seu trabalho, pode criar um mundo próprio: seu eu e as circunstâncias [...].

O autor enfatiza o desafio e a procura de soluções, observadas as circunstâncias em que o problema do sujeito acontece. Essas circunstâncias foram referidas por dois entrevistados, que entenderam a própria situação de saúde e conseguiram superar seus impedimentos:

*(...) a primeira vez que operei, tive minha família ao meu redor, me incentivando. Criei forças rapidamente, meu marido e meus filhos (mesmo pequenos) contribuíram muito (...). (AL)*

*(...) fiquei indecisa para reoperar, conversei muito com a equipe. A enfermeira explicou porque tenho que reoperar. Estou mais segura e ciente (...). (VL) (MES)*

Diante da explicação acima referida, e por analogia, infere-se que:

[...] o papel do professor (o enfermeiro) não é o de guiar, mas sim de criar condições para o aluno (o cliente) desenvolver seus desejos, se colocando como um especialista (como educador) a seu serviço [...]. (GADOTTI, 2005, p.3)

- **CATEGORIA 2**

- 

- **A REALIDADE DO CLIENTE APÓS A ALTA HOSPITALAR**

A figura do enfermeiro e sua atuação como profissional de saúde podem ajudar os clientes de forma inequívoca porque, como educador, função inerente à sua formação acadêmica, ele tem o dever de mostrar como suas concepções podem ser postas em prática. Todavia, não pode apenas apontar perspectivas; ao contrário, suas ações devem estar impregnadas de sua teoria, como afirma Gadotti (2005), cujas idéias foram confirmadas por diversos clientes:

*(...) a explicação do enfermeiro é detalhada, mostra o problema e a solução (...). (CPC) (SPL), (MA) (LS)*

*(...) se eu compreendo o problema, tenho capacidade de evitá-lo porque aprendi com as explicações do enfermeiro (...). (WG) (CVS) (MIA) (FAC)*

Gadotti (2005, p.3) afirma que “[...] só através da educação o homem é capaz de se transformar num homem livre [...]”. Portanto, é de extrema importância que o enfermeiro atue também como um agente transformador, auxiliando o cliente a adaptar-se à sua nova realidade, que é a fase de recuperação pós-cirúrgica. O objetivo deste profissional deve visar a capacitação do cliente para que ele alcance uma qualidade de vida que atenda as suas necessidades momentâneas.

A experiência profissional mostra que, depois de uma cirurgia cardíaca, os clientes necessitam de cuidados preventivos e diários, e de esclarecimentos que satisfaçam suas dúvidas e seus anseios em relação à nova etapa de vida, do tratamento e de suas eventuais complicações, tanto assim que em muitos serviços de cirurgia cardíaca já existem programas educativos voltados para os clientes e seus familiares, como afirmam Iriarte, Barnett e Narvaiza (2003).



Nessa linha de raciocínio, para Dantas e Aguillar (2005, p.6), “[...] os programas de reabilitação cardíaca são importantes porque novos problemas serão manifestados, diferentes daqueles apresentados antes da doença ou do tratamento [...]”. Sendo assim, “[...] a educação do paciente é um importante aspecto na assistência de enfermagem [...]”. Além do mais, as orientações estimulam os clientes a enfrentar o dia-a-dia com mais segurança, possibilitando-lhes o recomeço gradual das atividades rotineiras, o equilíbrio de suas funções e hábitos de vida, desde que estejam esclarecidos a respeito de como fazê-lo apropriadamente.

Alguns clientes entrevistados comentaram como procedem diante de suas dúvidas:

*(...) todas as vezes que tenho dúvidas, anoto e procuro saber, quando volto para avaliação (...).  
(TVM) (JPC) (HC)*

De acordo com Collière (2001, p. 55), o cliente cirúrgico é

*[...] aquele que necessita de cuidados e atenção, pois ao retornar ao contexto familiar surgem as dificuldades e a necessidade de se adaptar às mudanças no dia-a-dia fazendo com que sinta inseguro [...].*

O pensamento do referido autor foi confirmado pelas falas dos entrevistados, como se segue:

*(...) acho que sempre vamos ter dúvidas. A educação deve ser contínua (...). (WC) (MO) (IA)*

*(...) gosto de saber o que fazer em caso de algum problema, e ter explicações que estimulem o cuidado (...). (MCP) (FA) (LCM) (MLG)*

Estudiosos do tema ora abordado entendem a necessidade de acompanhamento não só dos clientes, mas também de seus cuidadores, cabendo ao enfermeiro uma grande parcela de responsabilidade no sentido de

estender e reforçar as informações que receberam durante o período de internação hospitalar.

Brunner & Sudarth (2002, p.597) avaliaram os resultados de estudos de Goodman (1997), em que o autor identifica as informações e suportes de que os clientes que se submeteram a uma cirurgia cardíaca julgaram precisar nas seis semanas posteriores à alta hospitalar. Foram destacados: controle da dor, informações sobre dificuldades relacionadas ao sono e técnicas de relaxamento, higiene corporal e ambiental, vestes adequadas, cicatrização da lesão cirúrgica impedimentos psicológicos temporários e o progresso esperado no sentido da recuperação.

O estudo de Goodman (1997) evidenciou ainda a necessidade de realização de pesquisas em relação à preparação psicológica dos clientes para enfrentarem o dia-a-dia após a alta hospitalar, em especial no que se refere aos seus cuidados diários e à sua conscientização quanto à importância de atender integralmente as instruções da equipe de saúde. Em outras palavras, “[...] encorajando o paciente, nutrindo um ajustamento com sucesso, evitando-se a proteção que inibe o ajustamento em potencial [...]” (NILES (1980), citado por BITTAR, 1993, p.8). As palavras do autor são corroboradas nos relatos seguintes relatos:

*(...) logo assim que eu cheguei do CTI, a enfermeira observou que eu precisava de uma psicóloga (...) como me ajudou! (...). (JC) (PPM) (CP) (NO)*

*(...) o apoio que tive de toda equipe de saúde, principalmente da enfermagem, me conscientizou e consegui superar os problemas (...). (LV) (SFA) (AD)*

A execução dos cuidados diários pode ser muito facilitada por ensinamentos, informações, esclarecimentos e orientações transmitidas

corretamente ao cliente, pois, conforme afirmam Childs, Lynne, Donahue e Marlene et al. (2005, p.2), “[...] o enfermeiro cardiovascular fornece o cuidado detalhado aos indivíduos, às famílias, aos grupos, às comunidades e às populações [...]”. Trata-se, portanto, de um processo educativo cujo foco é o cliente. Mas esses cuidados estão vinculados às experiências vivenciadas durante o período de hospitalização e à realidade socioeconômica e cultural de cada um.

Para Freire (2001, p.26), “[...] o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual ele está e procura [...]”. Nesse sentido, o fato de os clientes se encontrarem periodicamente com o enfermeiro no hospital após a alta hospitalar, para a realização de exames de rotina, acaba contribuindo para que surjam relatos informais de situações de vida diária e dos problemas que ocorrem mais freqüentemente.

Essa aproximação do cliente ou de seus familiares com o enfermeiro, deve ser aproveitada como uma ocasião para reforçar esclarecimentos, informações e ensinamentos acerca dos cuidados diários, visto que esse saber, segundo Brunner & Suddarth (2002 p. 603) exige um tempo adequado para que eles absorvam o aprendizado. E tanto é assim que três sujeitos do estudo disseram:

*(...) ah! Quando chegam meus filhos, logo solicito a enfermeira, apresento minha família e peço a ela para esclarecer tudo novamente sobre os meus cuidados (...). (PL) (LV) (AMP)*

*(...) a minha família é a minha realidade. Se ela compreende o que o enfermeiro explica, tudo fica mais fácil (...). (AAL) (AD) (JPA) (PPM)*

Nessa linha de raciocínio, Dantas e Aguillar (2005, p.6) reafirmam que:

[...] o enfermeiro, por ser um profissional com maior grau de proximidade com o cliente e familiares, está mais capacitado para avaliar o processo educativo, levantando as necessidades educacionais destes indivíduos, suas crenças e valores, o auto-conhecimento de suas condições de saúde e os serviços de apoio existentes [...].

O processo educativo, segundo a concepção freireana, possibilita o diálogo, a reflexão em torno do vivido, buscando e ampliando em saúde o conhecimento pelo processo de construção (ECKERT,1999, p 111). Já a questão da aprendizagem pelos familiares é importante, e nesse sentido o enfermeiro deve manter uma observação constante em busca de informações, evidências e constatações relacionados ao cuidado do cliente no dia-a dia.

No exercício profissional, pode-se observar que os clientes demonstram satisfação e ansiedade quando retornam ao ambulatório para revisão cirúrgica e avaliação médica. Nesta oportunidade, falam de suas dificuldades, de como estão se organizando no seu ambiente doméstico, dos seus medos e do que estão fazendo. Entretanto, têm sempre um olhar apreensivo voltado para o enfermeiro, como que indagando se estão certos ou não em suas atitudes, e na forma como estão enfrentando a vida diária. É neste momento que o enfermeiro deve buscar informações e perceber evidências a respeito do cotidiano de cada um, valendo-se de seus relatos. Este proceder torna evidente para o cliente e sua família que tudo aquilo que o enfermeiro ensina tem base científica, mas também resulta da incorporação de conhecimentos adquiridos na prática laboral. A importância da atuação do enfermeiro no processo educativo foi reconhecida na fala de diversos clientes, quando disseram:

*(...) depois que eu e minha família falamos das nossas condições de moradia, o enfermeiro apresentou alternativas que deram certo, como por exemplo o banho diário (...). (MES) (VS) (CGB)*

*(...) procuro sempre ouvir os esclarecimentos dados pela enfermeira, médico, nutricionista (...). Fico muito atenta (...). (MLG)*

*(...) o enfermeiro fala das nossas vivências, das dificuldades (...) tornam as rotinas mais compreensíveis, senta perto, ouve nossos problemas, ensina e facilita o dia-a-dia (...). (JP) (MS)*

*(...) as orientações [da enfermeira] facilitam entender as medicações, como em forma de colagem do comprimido do anticoagulante numa folha, até a data que eu tenho de retornar, com a quantidade, tudo direitinho, e os dias para tomar (...). (LS)*

Cabe aqui esclarecer que a “colagem” à qual o cliente se refere, é uma estratégia adotada por muitos enfermeiros visando ajudá-lo a entender a dosagem correta do medicamento prescrito. Assim, o comprimido fracionado é “colado” em uma folha de papel, tornando a explicação mais clara por ser transmitida visualmente (pela colagem) e complementada por um diálogo mantido com o cliente, levando em consideração a capacidade de entendimento de cada um. Em geral, o enfermeiro aproveita esta ocasião para lembrar a necessidade de seguir à risca as prescrições médicas acerca da ingestão do anticoagulante, que é uma grande preocupação dos clientes cirurgiados.

Retomando a questão do processo educativo, Potter e Perry (2004, p.399) afirmam que o ensino e a aprendizagem começam quando uma pessoa identifica uma necessidade de saber ou de adquirir uma habilidade para fazer algo. Considerando que “[...] não há seres educados e não educados [...]” e ainda, que “[...] estamos todos nos educando [...]” (FREIRE, 2002, p. 28-29), tudo o que for relatado pelos familiares do cliente acerca dos cuidados que ele desenvolve, e da forma como o faz, permitirá ao enfermeiro esclarecer quaisquer dúvidas a respeito, contribuindo para que ocorra uma educação

permanente. Cabe ao enfermeiro explicar o que for preciso, quantas vezes forem necessárias, sempre levando em consideração as vivências de cada um e tendo como objetivo facilitar o entendimento das rotinas de cuidados.

Entretanto, é válido lembrar que podem ocorrer dúvidas para as quais a medicina ou a enfermagem ainda não têm uma resposta pronta. Assim, as que persistirem serão esclarecidas com o tempo, pois a cada dia surgem notícias de fatos científicos novos a respeito do processo de recuperação.

Pinho e Kantorski (2004, p.67-77) enfatizam que “[...] o ato de sentar em frente ao cliente ou parente, olhar nos seus olhos, ouvindo com interesse e dedicação sobre alguém ou alguma coisa, transmite-lhe confiança, permite estabelecimento de vínculos emocionais [...]”. Este diálogo, na opinião de Freire (2004, p. 32), é

[...] o encontro dos sujeitos com um pensar crítico ao perceber a realidade como um processo transformador [...]. Ao possibilitá-lo, solidariamente o enfermeiro leva o cliente a refletir e agir, mostrando-lhe um [...] mundo a ser transformado e humanizado [...], provocando um clima de confiança entre os sujeitos [...].

A respeito de tudo o que foi dito, os clientes expressaram suas opiniões:

*(...) presto atenção no que o enfermeiro esclarece, explica, quantas vezes a gente pedir facilitando o nosso entendimento sobre as rotinas (...). (MES) (VF)*

*(...) antes de operar, prestava atenção no que a enfermeira ensinava. Agora fico atenta a todas as informações, para facilitar o meu dia-a-dia (...). (LS)*

*(...) aprendi muito depois que operei, sempre estou levando os meus problemas para a enfermeira e juntos, tentamos superá-los (...). (MLG) (AG) (PJA)*

Como se constata, as falas corroboram não só o que está evidenciado na literatura científica, mas também a importância da participação e da atuação do

enfermeiro junto ao cliente e seus familiares, no desenvolvimento desse processo educativo.

- **CATEGORIA 3**

- O CLIENTE E OS DESAFIOS DA VIDA DIÁRIA**

Em geral, a realidade da maioria dos clientes não é a ideal, visto que enfrentam dificuldades financeiras que os levam, em situações extremas, a suspenderem o próprio repouso para realizar atividades diversas que lhes permitam complementar a renda familiar, como já foi referido. Alguns clientes relataram as próprias experiências:

*(...) tive que produzir alguma coisa para ajudar financeiramente minha família, mas tudo com cautela, de acordo com as orientações, o que posso e não posso fazer (...). (WG) (MIA) (AAL) (MA) (WO)*

Sob o aspecto social, tais experiências são consideradas um desafio à superação da própria condição física. Ainda assim, asseguraram que:

*(...) as orientações diárias ajudam a superar as dificuldades, a agüentar as dores e seguir os cuidados dentro da realidade (...). (MCP) (RL) (SFA)*

Sem dúvida, a aproximação do cliente à sua realidade, no dia-a-dia, no espaço conhecido, no 'porto seguro', deve ser encarada como importante conquista, como afirmam Santos e Luís (2002, p. 46), sendo relevante que o enfermeiro seja capaz de perceber o contexto em que vivem e, assim, ministrarlhes orientações adequadas a cada situação. A esse respeito, obtivemos dois depoimentos similares:

*(...) as orientações devem despertar interesse para que eu possa estar cuidando da minha saúde esclarecida e dentro da minha realidade, assim posso sentir a vontade para falar das minhas dificuldades (...). (CVS) (MS)*

Nessa linha de raciocínio, o enfermeiro precisa levar em consideração que a sua intervenção “[...] depende do que o cliente está experimentando, e não do grau de doença física, psíquica ou social que pode possuir [...]” (LYNNE CHILDS, DUNN, DEBORAH et al., 2000, p.3). Agindo assim, constrói relacionamentos com os clientes “[...] baseados no respeito mútuo, em uma comunicação autêntica, na cooperação e na confidencialidade [...]”, como asseguram McKnight e Kratzman (1992, p.4).

Por outro lado, quando o cliente está inserido na própria realidade, há mais chances de se adaptar e enfrentar seus impedimentos, tanto assim que mais esclarecido procura fazer os exames laboratoriais regularmente, submete-se às provas diagnósticas sem problemas e mostra-se bastante atento aos resultados dos exames (DEVIRI e SARELI, 1997, p. 646-650). Esta atitude deve-se a um dos riscos a que pode estar sujeito, a exemplo da trombose aguda de valvas mecânicas, uma das maiores complicações decorrentes das substituições valvares, como é do conhecimento dele. A propósito, dois clientes disseram o seguinte:

*(...) mesmo sabendo que a valva deve ser substituída, procuro seguir as orientações para que, diminua a ansiedade de enfrentar o dia-a-dia mais consciente (...). (AA) e (LV)*



▪ **Subcategoria A: Orientações e cuidados preventivos**

Estes cuidados são estratégicos. Devem incluir atividades que reduzam os riscos correntes ou potenciais que podem estar relacionados ao estilo de vida comportamental ou a fatores ambientais, como informam Dunn, Ens et al. (2000, p. 2). Assim, ao receberem alta, os clientes são orientados quanto à realização de quaisquer procedimentos cirúrgicos invasivos, a exemplo de exames como: ginecológico, proctológico, biópsias, endoscopias, cistoscopias, exodontia entre outras, considerando que a realização desses procedimentos requer atenção especial em relação à antibioticoterapia profilática específica para cada caso, inclusive a suspensão do anticoagulante oral sob a orientação do cardiologista.

Três clientes confirmaram a necessidade de atenção no caso de realização desses exames:

*(...) as orientações servem de alerta para prevenir uma infecção, uma hemorragia, tomar remédios para os tratamentos e ajudam a entender o porquê de se fazer a prevenção quando tratar dos dentes (...). (PJA) (MO) (NN)*

Outro ponto importante diz respeito ao controle da ansiedade dos clientes, caso haja necessidade de hospitalização para cumprimento das rotinas de exames e procedimentos específicos como, por exemplo, a administração de medicação parenteral.

Sem dúvida, as orientações preventivas são relevantes, mas também devem ser conscientizadoras porque os clientes, quando inteirados de sua realidade, têm que estar equilibrados clinicamente e em sintonia com os cuidados preconizados. A esse respeito, Freire (2001, p.26) afirma que “[...]”

quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisar [...]”. O pensamento deste autor foi confirmado nas palavras de quatro clientes:

*(...) quanto mais conscientizado sobre os meus cuidados, percebo se estou bem ou não (...). (NA) (CMP) (TA) (MJ)*

No caso dos que têm consciência da própria realidade de saúde, as informações e as orientações contribuem decisivamente para que sigam rigorosamente as observações médicas, não deixem de tomar o anticoagulante oral e de realizar os cuidados preventivos que lhes garantirão uma recuperação mais rápida e efetiva. A propósito, quatro clientes relataram como procedem:

*(...) cuido da saúde de acordo com as orientações de prevenção, e tudo é importante para a vida diária, exercícios, andar, cuidar, trabalhar observando as medicações e exames (...). (MG) (CJ)*

*(...) As orientações preventivas ajudam a superar o medo e a ansiedade da vida diária e ajudam a manter o controle dos horários dos remédios (...). (CAS) (LS)*

Portanto, quando os clientes estão conscientes da própria situação de saúde, cumprem melhor e com mais rigor as orientações dadas pela equipe de saúde, mantêm um cuidado rigoroso em relação aos cuidados a serem observados e não deixam de tomar o anticoagulante oral. Entretanto, dois clientes justificaram-se por não seguirem corretamente as instruções para a alta, recebidas durante o período de internação:

*(...) mesmo que não siga à risca tudo que é ensinado, tenho consciência da história da doença, não posso deixar de tomar o Marevan (...). (FAC) (TA)*

Outros têm atitude distinta: por terem experimentado a doença, o pré-operatório e a cirurgia, mostram-se amedrontados diante da possibilidade de serem operados novamente ou de adoecerem, o que os leva a uma melhor conscientização das suas condições físicas, como relataram três entrevistados:

*(...) as orientações me conscientizam a respeito das dietas, consultas, remédios, da valva, porque tenho medo de adoecer e operar e morrer novamente (...).  
(WO) (HC) (SPL)*

▪ **Subcategoria B: Conscientizar para reeducar**

Santos (1998) aborda a questão da história da doença e do conhecimento da enfermidade, e se refere ao sentido “[...] expresso pelo cliente de tudo o que vivenciou, seus desejos, suas vontades, medos, aspirações e intenções [...]”. A conscientização existe quando o cliente percebe que não pode deixar de fazer os cuidados preventivos. Então, quando vê sua situação com olhar crítico, reflete sobre o seu compromisso de agir corretamente para superar aquele momento de dificuldade e expectativas em relação à saúde.

Tratando-se do adoecer do coração, a conscientização torna-se de suma importância porque a cardiopatia coloca o cliente em confronto com a intensificação da angústia da morte, já que o coração representa o motor da vida (SWARTMAN, 1994, p. 5-8).

Freire (2001) afirma que a conscientização não pode existir sem os atos de ação e reflexão. São unidades dialéticas que se constituem de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo. Portanto, para o autor, a conscientização

[...] é o olhar mais crítico possível da realidade que a desvela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante [...]. É o primeiro objetivo de toda educação, pois deve provocar uma

atitude crítica, de reflexão e compromisso com a ação [...].  
(FREIRE, 2001, p.29, 40)

A conscientização leva, sem dúvida, à reeducação de hábitos pois o cliente, ainda que esclarecido durante o período de hospitalização, não tem uma idéia precisa do quanto sua vida dependerá de medidas de controle em relação à própria saúde, o que é confirmado por Brunner & Suddarth (2002, p.597) ao ressaltarem que “[...] os clientes enfrentam impedimentos e freqüentemente se tornam frustrados quando tentam retomar as atividades normais [...]”.

A reeducação de hábitos de vida precisa ser percebida pelo cliente como uma oportunidade de “[...] cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações, essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, pela forma como vestimos [...]” (BOFF, 1999, p.145), significando dizer que “[...] cuidar de si mesmo é cuidar de sua própria vida no seu espaço e realidade em que vive [...]” (Op. cit.). Tanto é assim que reconheceram a importância da reeducação dos hábitos:

*(...) gosto sempre de aprender; a cirurgia e a alta têm sido oportunidades de aprendizado (...). (MES) (JP)  
(PJC)*

Nesse sentido, existem muitos serviços de apoio e programas de reabilitação cardíaca nos grandes hospitais, a exemplo dos Hospitais Universitários, Hospital dos Servidores do Estado e dos Institutos Cardiológicos, que fornecem monitoração, instruções, informações, apoio e oportunidades para clientes e família que tiverem quaisquer dúvidas em relação à cirurgia cardíaca realizada.

Os recortes de entrevistas transcritos a seguir, revelam uma preocupação constante na reeducação dos hábitos ligados à alimentação,

ingesta de líquidos, afazeres domésticos, controle de medicações, retorno ao trabalho e atividade sexual:

*(...) Precisei refazer as minhas rotinas, os hábitos dos afazeres domésticos, da alimentação, quantidade de líquidos, medicações, prática de sexo e retorno ao trabalho (...). (AG) (PPM) (AMP) (LS)*

A organização na vida dos clientes é um hábito que no dia-a-dia se amolda; é uma busca constante do equilíbrio físico, emocional, social para que alcance a normalidade da vida:

*(...) preciso me cuidar para ter vida, tenho que viver muito, tenho minha religião, minha família, meu trabalho (...). (JC) (MCP) (NN) (MGP) (JS)*

*(...) organizar os meus hábitos, as rotinas da casa de acordo com as minhas condições físicas, controlar os horários das medicações, saber dos alimentos que posso comer e a quantidade de líquidos que posso beber (...). (CAS) (CAP)*

*(...) precisei refazer minhas rotinas, esforços físicos, controle dos remédios, da prática de sexo, atividades normais, retorno à vida sexual e ao trabalho (...). (LS) (PPM)*

O recomeço das rotinas, para muitos clientes é muito desgastante; tudo tem que ser feito com atenção e sob a liberação do médico, a partir dos resultados dos exames clínicos; é uma preocupação constante. Grande parte do que os clientes relatam encontra apoio na literatura científica sobre situações relacionadas à cirurgia cardíaca, e também podem ser comprovadas na prática profissional.

Os clientes se sentem começando uma nova vida. Para eles, “[...] o que antes representava somente uma incisão cirúrgica, começou a ser apenas parte de um todo [...]”, justificando o que disseram anteriormente porque sabem que precisam cuidar da própria saúde “[...] como um ser completo, não mais uma

parte ou partes a serem cuidadas [...]”, conforme explicam Celan e Villar (2002, p.54-55).

- **.Subcategoria C: O Cliente frente à (in)dependência ou às limitações**

A história do cuidado está ligada ao desenvolvimento do mundo. Abrange questões religiosas e de gênero, idéias e práticas de cura de doenças e alívio do sofrimento, aumento de sobrevivência, e atualmente, também as concepções de saúde e qualidade de vida, como afirma Santos (2002).

Assim, é de se esperar que os clientes submetidos à cirurgia cardíaca tenham como objetivo o alcance da independência total após a alta, num processo de superação das próprias limitações físicas, confirmando o pensamento de Gadotti (1999, p.65) no sentido de que “[...] as grandes transformações não se dão como resultantes dos grandes gestos, mas de iniciativas cotidianas simples e persistentes [...]”. Nesse sentido, sete clientes relataram o seguinte:

*(...) tive que animar, enfrentei as grandes dificuldades e elas se tornaram insignificantes. Tudo é ter iniciativa (...).  
(VL) (NN) (MRG)*

*(...) sempre fui muito independente, a enfermeira contribuiu muito para que eu alcançasse a minha independência de cuidar (...). (VF) (NN) (MAG) (TA)*

Entretanto, deve-se considerar que a idéia de independência está vinculada à história social dos clientes, que pode indicar a adoção de “[...] práticas populares de cuidados à saúde [...]”, que precisam “[...] ser valorizadas no conjunto de saberes do indivíduo [...]”, como relatam Santos e Figueiredo (2004, p.163).

Labate (1997, p. 148) enfatiza que,

[...] em princípio, a enfermeira tem condições (emocionais) de ouvir seu cliente, sem incorporar as suas ansiedades e identificar-se com eles, sendo possível a ajuda, quando a

enfermeira tem conhecimento e habilidades para estabelecer uma relação interpessoal [...].

Na verdade, o enfermeiro deve atentar para o fato de que o processo educativo-participativo é um ensinar e um aprender contínuos, através do diálogo e da conscientização das pessoas envolvidas no fenômeno, a fim de configurar ações que valorizem as experiências e os conhecimentos individuais, como afirmam Erdtmann e Koerich (2004, p.128). Isto que se confirma nas palavras de quatro clientes:

*(...) o enfermeiro sempre me ouviu, por isso que aprendi muito a me cuidar, ele ensina de acordo com minhas dúvidas (...). (NN) (FAC) (TA) (MLS)*

#### **CATEGORIA 4 - O CLIENTE E A CONSTRUÇÃO DE SUA AUTONOMIA**

Sem dúvida, ainda nos dias de hoje muitos clientes preferam ser orientados por médicos, até porque muitas instituições de saúde carecem de uma assistência de enfermagem centrada nas necessidades do cliente com implante de prótese cardíaca após a alta hospitalar. Decorre daí o fato de os clientes sentirem-se mais seguros quando esclarecidos pelo médico, como afirmaram seis entrevistados:

*(...) sinto-me mais tranqüila quando a médica explica sobre os resultados de exames, principalmente de sangue e de Ecocardiograma, e também esclarecimentos das dietas pela nutricionista (...).(AS) (AD) (IA)*

*(...) os médicos falam com os resultados de exames, fico muito triste, atenta e nervosa, mas compensa ser orientada pela equipe de saúde, me anima (...). (JA) (AS) (AD)*

*(...) mesmo com os resultados ruins dos exames médicos, sigo orientações da equipe de saúde a fim de enfrentar essa fase difícil (...). (LS) (IA) (AD)*

Este entendimento resulta da formação dos profissionais de saúde que, desde o início do século XX, tem sido orientada pelo modelo biologicista, guardando relação com o modelo vigente de atenção à saúde, cuja fragmentação permite oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde centrados na consulta médica, voltando a tratar as enfermidades por meio da clínica e com a intermediação crescente de novas tecnologias.

De alguma forma, esta fragmentação traz um prejuízo para o trabalho da equipe de enfermagem que atua junto ao cliente cardíaco, pois apesar de possuir um conhecimento bem amplo da sua condição de saúde, fica comprometida com as inovações do processo de cuidar, às vezes mais estético do que técnico.

Nessa linha de pensamento, Santos (2002) avalia que o papel dos profissionais da equipe de saúde, no processo de reabilitar os clientes, precisa ser o de ajudá-los a desenvolver novos comportamentos, a fim de que se adaptem a uma nova situação, como afirmaram cinco entrevistados:

*(...) depois que a gente enfrenta essa cirurgia, é necessário que a equipe de saúde esteja em sintonia, organizada para nos ajudar (...). (CAL) (LS) (MJ) (VL) (MES)*

Para o cliente receber uma assistência plena, é fundamental haver organização no serviço, bom relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional, capacitação e especialização de cada elemento, bem como equipe de enfermagem distinta para assisti-lo, conforme recomendam Echer e Cassol (1994, p. 57-64).



A vida dos clientes após a alta torna-se organizada exigindo, inclusive, certos limites, conforme foi relatado por três entrevistados:

*(...) na minha rotina diária está controlada, por conta dos remédios, das consultas e exames incluído o que pode e não pode fazer para me sentir bem (...). (LV) (MO) (JPC)*

Porém, apesar de viverem a realidade diária com ansiedade e temor, tentam seguir adiante com tranquilidade, sempre observando as próprias limitações físicas temporárias; o comportamento de cada um depende da sua visão de mundo. Esta percepção confirma o pensamento de Freire (2001, p.35), no sentido de que “[...] quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la [...]”.

Nesse sentido, seis clientes comentaram como procedem diariamente:

*(...) faço uma coisa a cada dia, não gosto de me exceder (...), acordo, tomo banho, lavo a cabeça, tomo meu café da manhã, cuido dos afazeres domésticos, com ajuda da minha família vou fazer meu serviço de casa e estudo (...). (L.S) (MES)*

*(...) a minha vida antes da cirurgia e depois, mudou. É uma vida com mais atenção, organizada e limitada. Faço minha higiene, me alimento, dou uma caminhada, ajudo nos afazeres, observo o controle da alimentação, remédios, tudo com limites (...). (VF) (VS) (MCP) (TVM).*

Alguns clientes fizeram referência à ajuda que recebem de seus familiares, considerada muito importante. Confirma-se, portanto, a opinião de Pinho e Kantorski (2004, p.67-77) de que

*[...] a família é a instituição que funciona como base do convívio social das pessoas. É ela que prepara o ser humano para enfrentar o mundo exterior, insere-o definitivamente em uma comunidade, na qual interagirá e formará novas famílias. [...]*

Tomar a família como objeto de investigação e intervenção em saúde requer, como ponto de partida, focalizar seus modos de organização e

funcionamento, nos aspectos mais cotidianos de sua existência (OLIVEIRA e BASTOS, 2005, p. 97-107). Mas, como enfatizam Wright e Leahey (2001, p.66), “[...] é preciso avaliar, examinar a estrutura familiar, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros [...]”.

As referências feitas pelos clientes às respectivas famílias, permitem perceber o quanto e porque são importantes para quatro deles:

*(...) O meu dia-a-dia, é muito calmo, trabalho em casa, estou me recuperando com ajuda, na organização do dia-a-dia, de minha família que me dá atenção (...). (MS) (NN)*

*(...) A minha rotina está se normalizando, com ajuda dos meus filhos, para me trazer nas consultas, exames (...). (CVS) (LV)*

Infere-se, assim, que para o cliente receber uma assistência integral, é fundamental haver organização do serviço, um bom relacionamento entre os membros da equipe multiprofissional, capacitação e especialização de cada (BRACINI, COLOME e BECK, 1999, p.74).

A ajuda e a presença da família na rotina diária pode conferir segurança ao cliente e equilíbrio emocional, assegurando o controle dos seus compromissos em relação à própria saúde. Todavia, alguns são mais independentes, como revelam seus relatos, e caminham em direção à construção de sua autonomia, como se depreende de seus relatos:

*(...) faço uma coisa a cada dia experimentando, decidindo, não gosto de me exceder (...) acordo, tomo banho, lavo a cabeça, tomo meu café da manhã, vou fazer meu serviço de casa e estudo (...). (LS) (MES) (MG)*

De acordo com Freire (2004, p.59), “[...] a autonomia vai se constituindo na experiência de várias e inúmeras decisões, que vão sendo tomadas [...]”, o que se confirma nas palavras de dois sujeitos:

*(...) o meu dia-a-dia depois da alta é de muita responsabilidade, se tem que ir ao hospital para controle de exame da coagulação do sangue, vou muito cedo. Ao chegar no hospital, vou ao laboratório para que seja colhido sangue, a partir das 10 horas, sai o resultado, aguardo a consulta da médica para passar a medicação de acordo com esse resultado (...). (JP) (VLA)*

As experiências com clientes de cirurgia cardíaca permitem concluir que muitos deles reportam mudanças na visão da vida e de mundo, desde a alta hospitalar e mesmo durante o processo de recuperação, sendo que este último só se concretizará com sucesso se houver aceitação do cliente em relação ao seu novo estilo de vida. Trata-se de uma constatação que encontra apoio nas

idéias de Freire (2002, p.64) pois, como explica o referido autor,

[...] Na medida em que o homem cria, recria e decide, vão se formando as épocas históricas. E é também criando, recriando como deve participar nessa época, é por isso que se obtém melhor resultado toda vez que, integrando-se no espírito delas, se apropria de seus temas e reconhece suas tarefas concretas. [...]

## **CAPÍTULO V**

### **O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AGENDA DE CUIDADOS**

Um dos desafios vivenciados pela Enfermagem é a busca de uma metodologia que possibilite equacionar os impedimentos e as necessidades diárias dos clientes, vivenciando a própria realidade em seus domicílios após a alta hospitalar. Este é o ambiente ideal para aprender, experimentar, compreender, (des)construir hábitos, estilos de vida e ter uma nova visão de mundo. Como descreve Fontana (1995), trata-se da problematização do cotidiano e de sua (des)construção através do diálogo com o saber científico.

O educar pelo cotidiano não se limita à absorção passiva de conhecimentos, mas à possibilidade de o sujeito/cliente “[...] libertar-se do espaço e do tempo presente, fazer relações mentais na ausência das próprias coisas, imaginar, fazer/conhecer [...]” (OLIVEIRA, 1995, p.35).

A Agenda de Cuidados foi elaborada a partir da seleção de temas relacionados com a anatomia do coração, com destaque para o implante da valva cardíaca mitral mecânica e sua importância, tipos de valva e problemas mais freqüentes em sua estrutura. A idéia era criar um material didático cuja programação visual facilitasse o entendimento do cliente em relação aos conhecimentos que ele deve ter para realizar o seu cuidado diário, após a alta hospitalar, uma fase de dificuldades momentâneas por causa da cirurgia recente, dificuldades essas que podem contribuir para o impedimento de realização de tarefas como a higiene corporal, as atividades domésticas, o lazer e a atividade sexual, dentre outras. Este material também deveria conter informações importantes sobre a dieta e a ingestão dos medicamentos

prescritos, a serem observados rigorosamente.

No primeiro croqui da Agenda de Cuidado, as respostas do roteiro de entrevista semi-estruturada foram relacionadas com a identificação dos impedimentos e os cuidados descritos, aproximando a realidade vivenciada pelos clientes das necessidades que têm após a alta hospitalar com as suas indagações, dúvidas, sentimentos e impressões sobre os cuidados, sempre observando o que preconiza a literatura científica sobre o cuidado e o enfrentamento do cotidiano do cliente nos ambientes social e familiar, considerando em especial a sua visão de mundo.

A validação do croqui por dois clientes escolhidos pela pesquisadora, aleatoriamente, resultou em sugestões de mudanças visando a melhor abordagem do processo de cicatrização, a inserção de informações detalhadas acerca de atividades físicas e sexuais, dieta, alterações no padrão de sono e repouso, e também sobre eventuais danos à saúde provocados pela valva, estando o corpo em contato com a água. Todas foram atendidas a fim de reformular o croqui e adequá-lo para novo processo de validação pelos sujeitos do estudo.

Ao submeter o croqui da Agenda de Cuidados à apreciação de dois clientes, pretendia-se estimulá-los a verbalizarem suas experiências cotidianas após a alta hospitalar, tornando mais evidentes seus problemas e impedimentos relacionados ao cuidado que deveriam levar a efeito e, assim, obter sugestões para o aprimoramento do texto.

Observei nos clientes um olhar de curiosidade ao conhecerem o material; em seguida, foram apontando os temas, ora indagando, querendo saber mais, ora acrescentando suas vivências e as forma como queriam ser cuidados, ora

expondo a superação ou a convivência com os impedimentos.

À primeira vista, observou-se que eles não conheciam a posição e a estrutura do coração; tinham dúvidas quanto à higiene do corpo, persistência e/ou duração da dor ao redor da cicatriz, limites das atividades físicas, retorno ao trabalho e atividades sexuais. Repassando o texto da agenda cuidadosamente, os clientes concordaram com os temas já abordados, condizentes com a realidade pós-cirúrgica, mas apontaram a necessidade de focar outras dúvidas comuns, como alterações no padrão de sono e repouso, processo de cicatrização da ferida, dificuldade ou mesmo impossibilidade de realização de atividades físicas e sexuais, ausência de esclarecimentos sobre eventuais danos à saúde provocados pela valva no caso de o corpo estar em contato com a água.

Como as sugestões eram procedentes e importantes, procurei obter as impressões de duas médicas cardiologias sobre as questões colocadas. Assim, dirigi-me ao ambulatório de cardiologia, no andar térreo do hospital, onde fui informada quanto à disponibilidade de seus respectivos horários para agendar os encontros e trocar idéias a respeito.

Em 02 de junho de 2005 retornei para encontrar a primeira cardiologista, com quem conversei por cerca de 40 minutos. Foi sugerida a ênfase nas seguintes questões: cuidados com a cicatriz cirúrgica, demasiada exposição ao sol, impossibilidade de choque elétrico provocado pela valva, padrões de sono e repouso, atividades de lazer e sexuais, dentre outras.

Após agradecer a atenção e as sugestões, procurei a segunda cardiologista que, por sua vez, concordando com o que havia sido dito, concluiu que a Agenda poderia despertar no cliente a iniciativa de registrar detalhes do

seu cotidiano como sintomas, horários da ingestão dos medicamentos, datas de exames, e assim por diante.

Duas enfermeiras também foram consultadas no sentido de validarem o texto da Agenda de Cuidados. Ambas concordaram em fazê-lo no dia 02 de junho de 2005, às 11:00 horas, o que efetivamente ocorreu. A primeira sugeriu a retirada da figura do coração que aparecia no texto, propondo que fosse substituída por uma descrição detalhada do mesmo e de seu funcionamento, e também a inclusão de linhas pontilhadas para que os clientes pudessem fazer anotações julgadas de interesse ou relacionadas a alguma dúvida. A segunda enfermeira ressaltou a importância da Agenda, a partir da visualização do croqui apresentado, considerando que o documento seria de grande valia e ajuda na orientação do cliente em seu cotidiano. Também sugeriu que a figura do coração fosse substituída pelo esquema do corpo humano e que o controle rigoroso do anticoagulante fosse bem destacado no texto, mas apenas a última sugestão foi acatada.

A reformulação do croqui e a entrega do novo modelo da Agenda de Cuidados aos sujeitos, após cada entrevista, teve por finalidade a sua validade a partir de eventuais críticas ao seu conteúdo, sugestões e inclusão de temas relacionados ao cuidado após a alta hospitalar, que poderiam não ter sido abordados e que seriam do interesse de cada cliente portador de valva mitral mecânica.

Foi dado um prazo de sete dias para cada um validar o documento e devolvê-lo à pesquisadora com as respectivas sugestões, mas a maioria optou por fazê-lo imediatamente, aproveitando o tempo de espera até a consulta médica ambulatorial agendada. Apenas quatro clientes preferiram levar consigo



o novo modelo da Agenda, acabando por não devolvê-lo. Assim, o documento foi elaborado a partir das sugestões de 44 sujeitos.

A concessão do prazo de uma semana decorreu do fato de que o cliente retorna ao ambulatório a cada 07 dias, tão logo receba a alta hospitalar. Com isso, esperava-se não perder o contato com ele e, ao mesmo tempo, garantir a devolução do novo modelo da agenda, o que acabou não sendo necessário.

A Agenda reformulada foi submetida à apreciação e aprovação da EEAN/UFRJ, durante o Exame de Qualificação realizado em 30 de setembro de 2005, às 14:00 horas, quando a Banca Examinadora sugeriu novos ajustes no texto do documento: o espaço pautado ao final de cada conteúdo passou a destinar-se ao registro, pelo cliente, dos compromissos relacionados com a saúde, dúvidas e/ou algum dado julgado relevante, caracterizando a finalidade da Agenda como tal. Também foram incluídos campos específicos como dias da semana e horários visando facilitar essas anotações.

Quanto às ilustrações, a pesquisadora optou por desenhar as figuras, ao invés de valer-se de fotografias, pois quando feitas em “[...] linhas simples podem promover realismos sem incluir detalhes indesejáveis [...]” (FERREIRA e SILVA, 1986, p.12). As cores escolhidas para os desenhos levou em consideração a importância de cada uma “[...] na comunicação visual gráfica [...]” (Op.cit.).

No texto da Agenda foram utilizadas frases curtas e palavras comuns, passíveis de compreensão pela clientela à qual o documento se destinava. Evitaram-se os termos técnicos, salvo em situações específicas; nestes casos, foram os mesmos “[...] explicados através de exemplos [...]”, como sugerido pelos autores acima referenciados ( Op.cit.).

A versão final da Agenda de Cuidados ora apresentada, objeto do estudo, merece destaque pela preocupação que se teve em transformá-la em material didático e, ao mesmo tempo, em agenda de fato. Um dos problemas enfrentados foi a obediência às normas de um texto didático que deve ser elaborado com frases curtas e simples, tornando-o prático e compreensível para que atinja as suas finalidades.

Não foi uma tarefa simples chegar à forma final do texto. Foram feitas revisões no tipo e tamanho da letra utilizada, no padrão das figuras, na redação e organização do texto para atender a uma formatação gráfica de qualidade que incluísse datas, horários e espaços para anotações, o que é próprio de uma agenda.

Nessa fase, o mérito da arte final e da diagramação coube a um profissional de informática que utilizou o programa Page Maker<sup>®</sup>, da empresa americana Micro Soft Inc.. A reprodução do material foi feita em papel tipo “vergé”, em tamanho equivalente a meia folha de papel A4 (150x210), no formato de “paisagem”, a fim de se tornar adequada aos objetivos a que se propôs: registro junto à Biblioteca Nacional para obtenção do número do International Standard Book Number (ISBN) – 905931, e facilidade de manuseio constante pelos cliente, como muitos afirmaram:

*(...) essas orientações são importantes a vida toda (...) a agenda será usada todos os dias, preciso tirar dúvidas sobre os meus cuidados (...). (TA) (AS) (BFS) (HC) (CVS) (WC) (SPL) (IA) (LCM)*

## **CAPÍTULO VI**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os avanços tecnológicos relacionados com as cirurgias cardíacas, em particular aquelas realizadas com implante de valvas, vêm se expandindo há mais de meio século. Paralelo a esses eventos, os cuidados de enfermagem nessa área vêm se desenvolvendo e aprimorando, tornando-se fundamentais para a recuperação do cliente submetido ao implante de valva mitral mecânica.

O interesse em aprimorar continuamente o meu saber nesse campo de conhecimentos visa, principalmente, o alcance da melhor compreensão de questões diversas que envolvem o cliente admitido para realização daquela cirurgia, a fim de proporcionar-lhe um atendimento adequado no período pós-alta hospitalar, de acordo com as suas necessidades e realidades de vida.

Considera-se ultrapassado o tempo em que o cuidar mantinha o cliente distante, excluído do processo que envolvia o seu atendimento de saúde, quando não era sequer ouvido a respeito. Com isso, ao deixar o hospital, o cliente detinha poucas informações acerca da sua recuperação, tornando-se mais propenso a adquirir infecções e outras doenças pela ausência de um cuidar específico ao seu caso.

A expectativa de durabilidade da valva é de 10 a 15 anos; portanto, se o cliente observar as recomendações de cuidados para uma vida saudável, por certo estará contribuindo para a preservação da sua prótese valvar, evitando a ocorrência de uma cirurgia prematura para substituí-la.

Esta preocupação em orientar o cliente, capacitando-o para superar uma fase de vida momentaneamente difícil, fez surgir a idéia de criar uma Agenda de Cuidados que contivesse melhores esclarecimentos e informações mais

detalhadas acerca do assunto, visando solucionar alguns impedimentos cotidianos, comuns após uma cirurgia importante.

O texto da Agenda demonstra um modo sistemático de realização de cuidados voltados para esta clientela. A forma de apresentação gráfica permite que os clientes portadores de valva mitral mecânica entendam melhor as razões da necessidade de mudanças de comportamento e no estilo de vida, que viabilizem a recuperação cirúrgica mais rapidamente.

A construção de uma Agenda de Cuidados é um desafio. Por se tratar de um instrumento educativo, exige constantes adequações para a abordagem de novos temas. Por outro lado, tende a aproximar profissionais de diferentes áreas do campo da Cirurgia Cardíaca, permitindo a melhor sistematização do cuidado. Muitas questões ainda precisam ser contempladas nesta forma de abordagem, mas já é possível vislumbrar uma inovação na forma de pensar e fazer a assistência ao cliente submetido ao implante de valva mitral mecânica, sendo ele o sujeito do processo, e não o objeto, com base na sistematização de enfermagem alicerçada na prática cotidiana e nos preceitos científicos.

Nesse sentido, espera-se que, de posse da Agenda de Cuidados, os clientes demonstrem maior interesse no seu cuidado, a partir de novos conhecimentos que permitirão que cada um aprenda como agir após a alta hospitalar, para realizá-lo de acordo com as suas necessidades e limitações físicas momentâneas, sempre levando em conta o seu contexto familiar e sócio-econômico.

Pela sua complexidade, o tema não se esgota aqui. Assim, avanços nos estudos do tema devem ser levados a efeito pelos integrantes da equipe de enfermagem e de outras áreas no campo da Cirurgia Cardíaca, visando a identificação e a possível solução de outras questões e problemas apresentados por aqueles que foram submetidos ao implante de valva mitral mecânica, a fim de que a elaboração de um material informativo-educativo seja

um produto de retorno social em curto prazo, com redução de custos financeiros e sociais para essa clientela quanto às complicações pós-cirúrgicas.

Nesse estudo, as limitações encontradas foram: ausência de recursos financeiros para realizá-lo, número reduzido da amostra e abordagem do contexto em apenas um hospital público com atendimento predominante de clientela assalariada. Portanto, é evidente que a inclusão de hospitais privados em estudos futuros, envolvendo clientes com escolaridade e níveis sócio-econômicos diferenciados, além da implementação e testagem do instrumento educativo, pode configurar a continuidade da pesquisa, adequando-a à pluralidade de necessidades da clientela, possibilitando integrá-la e conscientizá-la sobre o assunto, a fim de garantir que cada cliente alcance a melhor qualidade possível dentro da própria realidade.

Ao concluir, fica a expectativa de que esta Agenda de Cuidados torne-se um veículo de informações científicas importantes, preenchendo eventuais lacunas de conhecimento acerca do cuidar / cuidado de enfermagem na área de cirurgia cardíaca, e que seja uma fonte pedagógica de apoio ao cliente e seus familiares, a partir do acesso imediato e constante ao seu conteúdo informativo.

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M Z. *Introdução à epidemiologia moderna* 2. ed. Belo Horizonte (MG): COOPMED, 1992.
- ALVAREZ, R.H. Válvulas cardíacas protéticas. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, Madrid, n. 137, p. 19-31, set., 2004.
- ANDRADE, P. J. *A especificidade do cuidado: ações do enfermeiro no transoperatório de cirurgia cardíaca*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- ARAÚJO, S. T. C. de. *Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não-verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética*. 2000. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ARCHER S. L.; CHESLER, E. Diagnosis of valve disease in the elderly. In: Chesler E. (ed.). *Clinical Cardiology in the Elderly*. 2<sup>nd</sup>. ed., New York: Futura, 1999, p. 215-52.
- ARNONI, A S.; CASTRO, J.N.; ARNONI, A. F . Endocardite infecciosa: 12 anos de tratamento cirúrgico. *Rev Bras. Cardiovascular*, v. 5, n. 4, p. 308-319, dez. 2000.
- BACKES, M.T.S.; OLIVEIRA, J.G.; MAÇADA, A.C.G.; BACKES, D.S. Apoio à decisão do paciente submetido a cirurgia. *Revista Nursing*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 07, mar., 2004.
- BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A. P. M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. *Revista Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 124, jan. 2001
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2003.
- BEAR, M. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- BECH, C. L.; GONZÁLES, R. M. B. O cuidado na Enfermagem: essência e possibilidade de crescimento para profissão. ENFTEC, São Paulo, 1998.
- BERG, H. F.; BRANDS, W. G., VAN GELDROPS, T. R. Comparison between closed drainage techniques for the treatment of post-operative mediastinitis. *An thorac surg* 2000, v. 70, p. 924-9.

BENNER, R.L.; SANTOS, L.R.; LUNARDI, V.L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar., 2001.

BERNE, R.M.; LEVY, M.N. *Fisiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 351-352.

BLOCH, K V. Fatores de riscos cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: LESSA, I. (coord.). *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo (SP), HUCITEC, 1998.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BONOW. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *Task Force Report Journal*, v. 32, n. 5, p. 1485-1488, 1998.

BRAGA, C. G. *A resposta psicossocial de impotência e o locus de controle de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca*. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 141 p.

BAGLIA, M.A.P. *Competências mínimas no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca: um estudo exploratório*. 1981. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRAILE, C. et col. Caminhos da cardiologia. História da cirurgia cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 66, n. 6, p.1-2, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: *Bioética*, v. 4, n. 2, supl., 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO da SAÚDE. *Guia de produção e uso de materiais educativos*. Brasília (DF): Coordenação de DST / AIDS, 2000.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. *DATASUS*. 2003.

BENERR, R.L.; SANTOS, L.T.; LUNARDI, V.L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. *Revista Bras. Enf.*, Brasília, v. 54, n. 1, p. 108-118, jan./mar., 2001.

BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D.S. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. V.2.

BUSTAMANTE, L.M.H Prótese valvulares cardíacas. In: BUSTAMANTE, L.M. H.; GUEVARA, P.R.A. *Temas de Ecodoppler Cardíaco*. Centro Editor de la Fundación Favaloro , Tomo I, 1996, p. 47-49.

CARPENITO, J.L. *Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica* 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 880 p.

CARVALHO, M. L. de; LEITE, J. L.. *O Cotidiano da Enfermagem em um grande hospital -HSE (1947-1980)*. Rio de Janeiro: HSE,1996.

CARVALHO, Z.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. *Viver bem com a sua lesão vértebro-medular. Um guia prático*. 2. ed. (revisitada e atualizada). CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Porto: Portugal, 2003.

CASNER, P.R.; SANDOVAL, E. Increased sensitivity to wafarin in elderly hispanics. *Journal Clin. Pharmacol.*, v. 42, n. 142, 2002.

CAVALCANTI, A.C.D. *O cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca*. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CELAN, S.S ; VILLAR L. *A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico*. 2. ed. Goiânia: AB, Cultura e Qualidade, 2002.

COHN, L.H. The first successful surgical treatment of mitral stenosis. The 70 th. Anniversary of Elliot Cutler's mitral commissurotomy. *An thorac Surg.*, v. 20, p. 516, 1993.

COELHO, M.J. *Os bastidores da assistência: o cliente em risco de vida e a Enfermagem na Unidade de Emergência*. Dissertação de Mestrado, EEAN / UFRJ, 1991.

COELHO, M.J.; FIGUEIREDO, N. M.; CARVALHO, V. de. *O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência*. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1991.

COSTA, C.M.A. *A família como cliente da Enfermagem: o movimento dos corações no convívio familiar*. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CORREIA, D. de A. Necessidades e expectativas do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca: avaliação de uma abordagem prática. *Revista Bras Enfermagem*, Brasília, v. 38, n. 314, p.238-244, jul/dez., 1985.

CRESPO, A. *A Estatística fácil*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.



CROSSETI, M.da G.O.; BUÔGO, M.; KOHLRAUSCH, E. Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 44-67, jan., 2000.

CRUZ, I. *Pesquisa se aprende pesquisando: introdução à metodologia da pesquisa de Enfermagem*. UFF. 2000. P. 8-11.

D'ARAÚJO, M. C. *A era Vargas*. São Paulo: Moderna, 1997.

DANTAS, R.A .S.; AGUILLAR, O.M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista Latino-Am. de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p.31-36, nov., 2001.

DEBORAH, D; BRENDA LYN, E. et. al. *Padrões para os cuidados cardiovasculares*. Conselho Canadense de Enfermeiras Cardiovasculares, p. 2 março, 2000.

DEVIRI, E.; SARELI, P.; WISENBAUGH, T.; CRANJE, S.L. Obstruction of mechanical valve prostheses: clinical aspects and surgical management. *J. Am Coll.*, v. 17, p. 646-650, 1997.

DOENGENS, M .E; MOORHOUSE M F;GEISSLER, A. *Planos de cuidados de enfermagem individualizado do Cliente*. 5. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2003.

ECHER, I.C. CASSOL, E.L., LUCENA, A.F. Assistência de enfermagem em pós-operatório. *Revista Gaúcha Enf.*, v. 15, n. 1 e 2, jan. / dez., p. 57-64, 1994.

ECKERT, E.R. *Educação em Saúde: uma abordagem freireana com mães/famílias de crianças hospitalizadas*. Florianópolis, UFSC/CCS, Departamento de Enfermagem. 1994. p. 111.

ELKAYAM, U. *Pregnancy and cardiovascular disease*. 6. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001, p.2172-191.

END, A. & WOLNER, E. The heart: location of the human soul - site of surgical intervention. *Journal. Card.*, v. 8, p. 398-403, 1993.

ERDTMANN, B. K., KOERICH M. S. *Cuidar e pesquisar na Enfermagem: relatos e experiências* Florianópolis: Papa Livros, 2004. p. 128.

EVANSVILLE HEART CENTER. *Prosthetic Heart Gallery*, 2004.

FERREIRA, O.M.C; SILVA JÚNIOR, P.D. *Recursos audiovisuais no processo ensino-aprendizagem*. São Paulo: EPU, 1986..

FIGUEIREDO, N. M. A. de; STIPP, M.A.C.; LEITE, J. L. *Cuidando de clientes cardiopáticos*. São Caetano do Sul: São Paulo: Difusão, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. *Práticas de Enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. p. 21-45.

\_\_\_\_\_. *Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003. p.63.

FIGUEIREDO, N.M.A.de. *Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem*. São Paulo: Difusão, 2004. 370 p.

FLÓRIO, M.C.S. e GALVÃO, C.M. Cirurgia Ambulatorial: Identificação dos diagnósticos de Enfermagem no período perioperatório. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11 nº 5, set/out., 2003.

FONKALSRUD, E. W. Chest wall abnormalities. In: Glen W. W. W. L., Glenn's thoracic and cardiovascular surgery. 6<sup>th</sup>. Ed. Stanford, Connecticut: Appleton & Lange, 1996,

FONTANA, M. *Filosofia da linguagem*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

FONTCUBERTA, J.; TAMARGO, J. *Manual de interações farmacológicas*. Scientific Communication Management. S.L. Travesera de Gracia, 17-21, 08021, Barcelona, Espanha. 2003.

FORTUNA Prado. *Pós-Operatório imediato em cirurgia cardíaca*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

FREIRE, P. *Conscientização, teoria e prática de libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Moraes, 2001.

\_\_\_\_\_. *Educação e mudança*. Trad: Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martins Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 147 p.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da Esperança: um encontro com a Pedagogia do Oprimido*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da esperança*. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia*. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FRITZEN, S. J. *Relações humanas interpessoais (nas convivências grupais e comunitárias)*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (BR). *Promoção à Saúde: tradução da Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santafé de Bogotá*. Brasília, 1996.

GADOTTI, M. *História das idéias pedagógicas*. São Paulo: Ática, 1999.

\_\_\_\_\_. *Educação e Poder*. 13.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 800-4, nov./dez., 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*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 2, sept./oct., 2002.

GEORGE, J. B. & MYRA E. L. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

GEOVANNI, T. et al. *História da enfermagem. Versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 163.

GOODMAN & GILMAN, A G. G. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.

GOODMAN, H. Patient's perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, v. 25, nº 6, p. 1241-1251, 1997.

GOIS, C.F.L.; DANTAS, R.A.S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p.22-7, jan/fev., 2004.

GONZÁLES, M. R.; COLOME, M.B C. L.; BECK, D. *Cenários de Cuidados Santa Maria (RS)*: Pallotti, 1999. p. 74.

GRINBERG, M. Entendo & Aceito & Faço. Estratégia pró-adesão à anticoagulante oral.

*Arquivos Brasileiros de Cardiologia* <b>entendo&aceito&faço<b> v. 82, n. 4., São Paulo, apr., 2004. Disponível na Internet

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0066-782x20040004000012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0066-782x20040004000012)

GRIMBERG, M. TARASOUTCHI, F., SAMPAIO, R.O. Endocardite Infecçiosa: Em quem e como fazer a prevenção . Disponível em [www.incor.usp.br/conteudo-medico/geral](http://www.incor.usp.br/conteudo-medico/geral). Acesso em 23/ 08/2004

GUILHERME, L.; KALIL, J. Doença reumática cardíaca: como uma infecção de garganta pode desencadear lesão no coração. *Arquivos da Fundação Otorrinolaringologia*. 1997. Disponível na Internet

<<http://www.hcnet.usp.br/otorrino/arg7reuma.htm>> Acesso em 23/08/2004.

GUIMARÃES, C. A. Comentários sobre anatomia da valva. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan/fev., 2002.

GUS I., ZASLAVSKY C., SEGER, JMP, MACHADO, R.S. Epidemiologia da febre reumática: estudo local. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 65, n. 4, p. 321-5, 1995.

HENZE, R. *Representações do cliente em cirurgia cardíaca: um estudo de caso de permanência prolongada em unidade de terapia intensiva*. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

HIRSH, J.; DALEN, J.E.; ANDERSON, D.R. Oral anticoagulants: mechanism of action, clinical effective-ness and optimal therapeutic range. *Chest*, v. 144, p. 445- 469, 1998.

IRIARTE, R.A., WILSON-BARNETT, J., NARVAIZA, M.J. Health Education. *Heart Surgery Rev. Enferm.*, v. 26, n. 6, p. 24-30, jun., 2003. PMID: 12961915 [PubMed – indexed for Medline]

IDE, C.A.C.; DOMENICO, E.B.L. *Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar*. São Paulo: Atheneu, 2004. 182 p.

JAWETZ, MELNICK & ADELBERG. *Microbiologia médica*. 21. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2000.

JUNQUEIRA, L.F. Jr. Considerações básicas sobre a organização estrutural e a fisiologia do aparelho cardiovascular: Panorâmica da organização morfo- do aparelho cardiovascular funcional 2004. Disponível <http://www.unb.br/ffs/clm/labcor/refisio.htm>. Acesso em 30/08/2004.

KAWAMOTO, E. *Enfermagem em clínica cirúrgica*. São Paulo:EPU,1999. 272 p.

KELLER, S.M. Nursing of the cardiac surgical patient. In: DOLAN J.T. *Critical care nursing: clinical management through the nursing process*. Philadelphia F.A Davis, 1991. p. 957-83.

KING, K.M. Valve disorder: theoretical and practical nursing perspectives. *CJCN*, v 5, n. 1, p. 13-17, 1994.

KUBO, K.M.; COLOMBO, R.B.; GALLANI, M.C.B.J.; NORONHA, R. Subsídios para assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, maio, 2001.

KUBO, K.M.; GALLANI, M.C.B.; NORONHA, R.; COLOMBO, R.C.R. Levantamento de subsídios para assistência de enfermagem ambulatorial a pacientes portadores de valvopatia aórtica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set., 2002.

LABATE, C.R. O profissional de saúde frente a clientes mastectomizadas: aspectos. 1997. p.148. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP.

LAGE, O C. *Preparo para alta pós-cirúrgica: resultados da ação Andragógica observados durante a visita domiciliar*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], São Paulo, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2002, p.115.

LEMOS e STOLF. A prótese valvar cardíaca definitiva: meio século de procura. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. p.1-3, 2004. Disponível na Internet <http://publicacoes.cardiol.br/caminhos/013/default.asp>

LEVINE, M E. *Introduction to clinical nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadélfia: F.A. Davis. 1973.

LINHARES, S. e GEWANDSNAJDER, F. *Biologia de hoje. Os seres vivos*. São Paulo: Ática, 1998. V.2, p.316.

LIU, J. SIDIROPOULOS, A., KONERTZ. W. Minimally invasive aortic valve replacement (AVR) compared to standard AVR. *Eur. J. Cardiothorac Surg.*, 1999, v. 16 [suppl. 2], p. 580-583.

LORRAINE M. W., MAUREEN, L. *Enfermagem e família: um guia para avaliação e interação na família*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

LOPES GONZÁLES, A. Evolucion del diseño de las protesis valvulares a lo largo de las últimas cinco décadas. *Revista de Cardiologia y Cirurgia Cardíaca*, Cadiz (Espanha) abril, 2002.

LOPES, S. *BIO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 1999. p. 367.

LUNARDI, V.L. Autonomia e liberdade como condição para o cuidado de si e do outro. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 45-49, jan/jun., 2000.

LUNARDI V L.; LUNARDI F W D LUNARDI; S.; SOARES, R.S. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, n. 6, p. 933-9, nov/dez; 2004.

MAPPING COMMUNITY CAPACITY. NEW DESIGNS FOR YOUTH DEVELOPMENT, 10, p. 9-15. 2004.

MARGUTTI, R. , BORGES, S., CAMPOS, C. M., GALLUCCI, BJ.Tratamento cirúrgico da estenose valvar aórtica. *Revista Paulista de Medicina*, v. 46, p. 82-91, 1995.

MATTHEWS, A.A.M. O desenvolvimento da valva do coração de Starr-Edward-Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital. *I.Journal*, v. 25, p.282-93, 1998.

MATTOS, V. Z. *Representações sociais dos familiares: significados e expectativas de cirurgia cardíaca*. 1977. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MEDINA, R.F.; BACKER, V.M.S. Humanização no cuidado com o cliente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, p. 522-527, set./out., 2002.

MENDES, P.W.; CASTRO, E.S.; FERREIRA, M.A. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 02, p. 239-246, ago., 2003.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

MORÍNIGO, F.C. *A inquietude do trabalho médico, 50 anos*, HSE. Rio de Janeiro: AACEA, HSE, 1997.318 p.

NAKATANI, A. Y. K. *Ação educativa do enfermeiro junto ao cliente no pré-operatório - proposta para sua efetivação*. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NETTINA S M. *Prática de Enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. V.1.

NUNES, E. D. A questão interdisciplinar no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A.M. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.95-113.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil, Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, M.L.S.; BASTOS, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: reflexão e crítica*, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 97-107, 2004.

OLIVEIRA, M. K. *Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio- histórico*. 2. ed. Scipione: São Paulo,1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de la SALUD. *Desarrollo y fortalecimiento de los Silos*. Temas de Discusión. Washington: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Capacitação em gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário*. Brasília: OPAS, 1994.

PEREIRA, F.M. *A inserção do psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade*. 2003. Dissertação (Mestrado em História da Ciências da saúde/ Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro

PIMENTA, C.A.M. Controle da dor no pós-operatório. *Revista Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 180-188, 2001.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L.. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na Unidade de Emergência. *Ciência y Enfermería*, v.10, n. 1, p. 67-77, 2004.

POTTER, P.; PERRY, A.G. *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POLIT, D.F.; CHERYL, T.B.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POMERANTZEFF e BARBOSA et al. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 82 [supl.], n.5, mar., 2004.

RAMON, H. Valvulas Cardíacas Protésicas. *Revista de Posgrado de La via cátedra de medicina*, Espanha, n. 137, p. 19, set., 2004.

ROSELINO, C.H.C.D.; ÉVORA, P.R. *Noções Gerais sobre Cirurgia Cardíaca*. Centro Especializado do Coração e do Pulmão. Adaptado dos Manuais da Mayo Clinic, São José do Rio Preto, 2000.

RUDIO, V.F. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

SANTOLHO, L.C. *História Geral da Medicina Brasileira: humanismo, ciência e tecnologia*. 1997. Universidade de São Paulo: HUCITEC, São Paulo. V.1

SANTORO, D.C. *O bater de coração: uma visão holística da assistência de enfermagem ao cliente infartado*. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. *O cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um ensaio sobre a dimensão da subjetividade do cuidar*. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SANTOS, I. et. al. *Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: Realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu, 2004. [2ª Série Atualização].

SANTOS, I. Uma Nova História de Enfermagem. *Rev Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 109-113, maio / ago., 2002.

SILVA, A. L. da. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporâneas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, H., BRUNO, C., ALBERTAL, J. Proteses valvulares. In BERTOLASI, C, A. *Cardiologia*, v. 4, p. 2964-3000. Editora Médica Panamericana, mayo 2000.

SILVA, M. J. P. A Importância da comunicação nos processos de qualidade. *Nursing Revista Técnica de Enfermagem*, São Paulo, ano 1, n.1, ,jun.,1998.

SILVA, N. *Educação em saúde no discurso e na prática de profissionais de saúde: um estudo de caso no PAM Codojás em Manaus (Amazonas)*. [Dissertação de Mestrado] Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas, 1999.

SILVA, O.C, LOURENÇO, L.H.C. Práticas de higiene. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *Práticas de Enfermagem, Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios*. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. V.4.

STACCIARINI, J M.; ANDRAUS, L M S.; SPERIDIÃO, E. et al. Quem é o Enfermeiro? *Rev. Eletrônica de Enfermagem (on line)*, Goiânia, vol. 1, out./ dez. 1999. disponível [http p://www.fen.ufg.br/ revista](http://www.fen.ufg.br/revista).

SWARTMAN, B. Adoecer do coração. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v. 4, n. 1 [Supl. A], p. 5-8, jan./fev.,1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANATOMIA. *Terminologia anatômica*. São Paulo: Manole, 2001.

SOCIEDADE DE CIRURGIA VASCULAR DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível na Internet: Websaude, 2003.

SOUZA, A.M. La C. *Incorporação da tecnologia terapêutica na assistência de enfermagem: o caso do HSE / Rio de Janeiro nos anos 60*. 2001 Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STEIN, M.T.; OLIVEIRA; GONÇALVES, J. Apoio à decisão do cliente submetido à cirurgia. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 70, n. 7, p. 42, março, 2004.

STIPP, M.A.C. *O Cliente e a Doença*. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TANJI, S.; NOVAKOSKI, L.E.R. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. *Rev Texto e Contexto Enf. Florianópolis*, v. 9, n. 2, p. 801-2., 2000.

TIMERMAN, A C.; CÉSAR, L. A.M. *Manual de Cardiologia*. SOCESP. 7. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2000

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas,1987.



TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epidemiológica, discurso, comparadas e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003

TYSZKA, A.L., WATANABE, R., CABRAL, M.M.C.. Acesso minimamente invasivo para troca de valva aórtica: resultados operatórios imediatos comparativos com a técnica tradicional. *Brasilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v.19, n. 1, São José do Rio Preto, São Paulo, jan. /mar. 2004.

WAIMAN, M.A.P., MARCON, S.S., RADOVANOVIC, C.A.T. et. cols. Promover a vida: Uma modalidade de cuidado à saúde na família e na comunidade. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, v.12, n. 3, p. 332-41, 2003.

WALDHAUSEN J.A. In memoriam: Nina S. Brauwald, 1928-1992. *An Thorac surg.*, Nova York, v. 55, p. 1055-6, 1993.

WALDOW, V.R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER, D E.; WALDOW, V.R.; LOPES, MJM (org.). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WALDOW, V. R. O cuidar humano: reflexões sobre processo de enfermagem x processo de cuidar. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p 284-293, set. / dez., 2001.

WALLACE, H. Couter Departament of Biomedical Engineering Georgia Institute of Tecnology, Atlanta, Geórgia, USA. PMID: 15255773 [PubMed-indexed for MEDline]

WATSON, D. S, SANGERMANO C. A Cirurgia Ambulatorial. In: MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J.C. *Cuidados de enfermagem ao cliente cirúrgico*. 10. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.

WEKSLER C. Febre reumática. *Rev da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3 jul. / set 2004.

YOGANATHAN, A.P.; HEZ, C. J. S. Fluid mechanics of heart valves. *Annu. Rev. Biomed. Eng.*, Canadá, v. 6, p.331-62, 2004.

# A n e x o

**Anexo 1**

**TERMO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO


---

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2005.

Do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSE.  
À Ilma Sra. Enf. Cristina Maria Pereira Dutra.

Assunto: Aprovação do Prot. CEP: 000.201, intitulado: "Agenda de cuidados: o cuidar e os cuidados cotidianos para o cliente com implante de valva mitral"

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSE em reunião de 11 de abril de 2005, analisou e considerou aprovado com recomendação, o projeto de pesquisa, cuja pesquisadora principal é a Enf. Cristina Maria Pereira Dutra, enfermeira do Serviço de Cardiologia deste hospital, estando o mesmo de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do CNS, devendo a pesquisadora cumprir a recomendação que consta no parecer consubstanciado e enviar-nos os relatórios parcial e final da pesquisa, nas datas estabelecidas na folha de rosto.

  
Dr. Marcos Henrique Manzoni  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos do HSE

# A P Ê N D I C E S

Apêndice 1  
Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

- 1) **QUAIS SÃO AS SUAS DIFICULDADES E O QUE PRECISA PARA O SEU DIA-A-DIA APÓS A ALTA HOSPITALAR?**
- 2) **VOCÊ CONSEGUIU SUPERÁ-LAS?**
- 3) **VOCÊ CUIDA DA SUA SAÚDE DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DADAS PELO ENFERMEIRO? POR QUE? QUAIS FORAM ELAS?**
- 4) **VOCÊ CONSIDERA QUE JÁ ADQUIRIU INDEPENDÊNCIA PARA CUIDAR E MANTER SUA SAÚDE?**
- 5) **FALE MAIS SOBRE O SEU DIA-A-DIA.**

## Apêndice 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Pesquisadora: Cristina Maria Pereira Dutra

Professora Orientadora: Maria José Coelho

Projeto de Pesquisa: AGENDA DE CUIDADOS: O CUIDAR E OS CUIDADOS COTIDIANOS PARA O CLIENTE COM IMPLANTE DE VALVA MITRAL

Eu, \_\_\_\_\_, aceito a participar da pesquisa acima referida, informo que fui bem esclarecido, de forma detalhada a livre de qualquer constrangimento, sobre o objeto de estudo: *ELABORAÇÃO DE AGENDA DE CUIDADOS VOLTADOS PARA A ALTA HOSPITALAR DO CLIENTE COM IMPLANTE DE VALVA MITRAL MECÂNICA*, contendo temas selecionados que abordem as dificuldades e necessidades relacionadas ao processo de hospitalização após alta. Tem por objetivos: 1) Identificar as dificuldades e as necessidades sentidas pelos clientes com implante de valva mecânica mitral após a alta hospitalar 2) Avaliar as possibilidades de realização de cuidados pelos clientes com implante de valva mecânica mitral. 3) Analisar os temas e conteúdos que, a partir da prática educativa do enfermeiro devem ser transmitidos aos clientes com implante de valva mecânica mitral e desenvolvidos por eles após a alta hospitalar. 4) Elaborar uma agenda de cuidados a serem desenvolvidos rotineiramente pelos clientes com implante de valva mecânica mitral, após a alta hospitalar.

Fui informado (a), também, para alcançar os objetivos da pesquisa será feita uma entrevista, que será gravada e depois transcrita pela pesquisadora, para que as informações sejam organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, pois é esse um compromisso da pesquisadora.

Estou ciente de que minha participação é voluntária, de que tenho a possibilidade de desistir em qualquer momento da pesquisa, e de que poderei contactar a pesquisadora pelo telefone (21) 2612-1660, no horário das 18 às 20 horas, diariamente, para esclarecer quaisquer dúvidas. A pesquisadora assumiu o compromisso de que minha identidade será resguardada e mantida em sigilo durante a pesquisa e após a sua conclusão. Assim, autorizo a publicação das informações fornecidas, acreditando que estarei contribuindo para que o cuidado em Enfermagem seja menor a cada dia.

Rio de Janeiro,

de

de



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)