

CONTRIBUIÇÕES DAS ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS CARDÍACAS

PRE-OPERATIVE INSTRUCTIONS FOR RECOVERY OF PATIENTS WHO WERE SUBMITTED TO CARDIAC SURGERY

Camila Marques Felipe¹, Luana de Oliveira Roque¹, Ivete Maria Ribeiro²

Resumo

Introdução: Pacientes pós-cirúrgicos de afecções cardiovasculares requerem assistência de enfermagem específica. Orientações desenvolvidas no período pré-operatório contribuem na recuperação mais rápida e minimiza complicações. **Objetivo:** Compreender de que maneira as orientações pré-operatórias contribuem para a recuperação cirúrgica de pacientes cardíacos. **Métodos:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa cujos dados foram coletados com 5 (cinco) pacientes mediante entrevista semiestruturada. A análise qualitativa seguiu três etapas e foi fundamentada na Teoria das Relações Interpessoais, de Joyce Travelbee. **Resultados:** Os dados encontrados revelaram que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, durante o período pós-operatório, apresentavam dificuldades no sono, no atendimento imediato das suas necessidades, no uso da alimentação pastosa e com o cheiro do ambiente. No entanto, existem facilidades na recuperação, como a confiança na equipe de enfermagem, ausência de preconceitos na assistência, utilização de fisioterapia respiratória e posição dorsal. Os pacientes referiram que, após o procedimento cirúrgico, deverá haver alterações no modo de viver e no cumprimento de promessas e, parecem acreditar no aumento da própria fé. Os sentimentos de medo da morte e do desconhecido foi revelado pela maioria, contudo o sentimento de felicidade foi referido como aspecto positivo em relação à aproximação entre familiares durante a vivência com a doença. **Conclusões:** O estudo evidenciou a importância da assistência de enfermagem pré-operatória com sensibilidade, escuta atenciosa e atendimento de acordo com as necessidades do paciente, como fator de contribuição para a recuperação e mudanças no cotidiano, aspecto fundamental para o vivência pós-alta hospitalar. Sugere-se estratégias de discussões e capacitações da equipe de enfermagem como contribuição para a melhoria do cuidado ao paciente de cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca. Cardiologia. Doenças cardiovasculares.

Abstract

Introduction: Cardiac patients require specific nursing assistance in the post-operative period. Instructions followed in the pre-operative period contribute to a faster recovery and reduce complications. **Objective:** To understand how the pre-operative instructions contribute for the surgery recovery of cardiac patients. **Methods:** Exploratory study with qualitative approach which data were collected from five patients through a semi-structured interview. The qualitative analysis followed three stages and was based on the interpersonal relations theory of Joyce Travelbee. **Results:** The data revealed that patients that had undergone cardiac surgery, during the post-operative period, presented difficulties in sleeping, in the immediate assistance for their needs, in eating paste food and with scent of the environment. However, there are easinesses in patients' recovery, such as the trust in the nurse team, absence of prejudice in the assistance, use of respiratory physiotherapy and dorsal position. Patients claimed that after surgical procedure, changes in the way of life and in the fulfillment of promises should happen, and they seem to believe in the faith increase. Most of the participants said to be afraid of death and of the unknown. However, the happiness feeling was cited due to close relationship between the patient and his/her family during the disease. **Conclusions:** This study shows the importance of sensibility in the pre-operative nursing assistance, as well as the attentive listening according to the patients' needs that contributed for a faster recovery and for daily changes. Furthermore, these approaches may facilitate the post-discharge living. Strategies for discussion and training of the nurse team are suggested in order to contribute for cardiac patient care.

Keywords: Cardiac surgery. Cardiology. Cardiovascular diseases.

Introdução

Atualmente, as doenças cardiovasculares são um grave problema de saúde pública e representam a primeira causa de morte no País¹. Segundo o DATASUS², cerca de 320 mil pessoas, em média, morreram em 2011, de problemas cardiovasculares no Brasil.

Entre os problemas mais evidenciados na nossa realidade encontram-se as miocardiopatias, a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), a angina pectoris e o infarto agudo do miocárdio (IAM).

As miocardiopatias são definidas como doenças do miocárdio (músculo cardíaco) que se apresentam com disfunção cardíaca. São doenças progressivas que

alteram a estrutura e comprometem a função de bomba da parede muscular das câmaras inferiores e maiores do coração (ventrículos)³.

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma condição ou conjunto de sintomas em que o coração não bombeia sangue suficiente para satisfazer as necessidades do corpo. Diversas doenças são precursoras da insuficiência cardíaca, como a hipertensão arterial, as dislipidemias e o infarto do miocárdio^{4,5}.

A cirurgia proposta para as miocardiopatias e ICC é a colocação de um marcapasso, que fornece uma frequência cardíaca fixa aos pacientes com ritmo cardíaco demasiadamente lento. Esse aparelho, portanto, tem o objetivo de mimetizar o automatismo e a

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

² Mestre e professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Contato: Ivete Maria Ribeiro. E-mail: ivete.ribeiro@unisul.br

seqüência de ativação do coração para melhorar a resposta hemodinâmica e clínica do paciente⁶.

A angina pectoris é uma síndrome clínica caracterizada por desconforto ou dor (também referida como aperto, queimação, sufocação ou peso) em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores, sendo mais comum localizar-se na região precordial ou retroesternal. Pode ser desencadeada ou agravada com atividade física, emoções ou estresse, e atenuada com o uso de nitroglicerina e derivados⁷.

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é causado pela redução ou interrupção do fluxo de sangue para o coração. Uma vez diminuído o aporte de oxigênio, ocorre um processo de necrose (morte) do tecido ou parte do músculo cardíaco⁶.

A cirurgia de revascularização é indicada nestes casos, e pode ser realizada com o coração batendo ou com circulação extracorpórea convencional. Na revascularização com o coração batendo, os cirurgiões usam um sistema de estabilização de tecido para imobilizar a região do coração na qual eles precisam trabalhar. Primeiramente, é removida uma seção de uma veia ou artéria saudável de qualquer região do corpo (enxerto), e o cirurgião une uma ponta do enxerto a uma região do coração acima do bloqueio da artéria; a outra ponta é, então, presa a uma região da artéria coronariana abaixo do bloqueio. Uma vez que o enxerto tenha sido preso, o fluxo sanguíneo do coração está restaurado⁶.

Na cirurgia com o coração parado durante a revascularização, uma máquina coração-pulmão incumbe-se da função do coração e dos pulmões. A máquina coração-pulmão é também chamada de *máquina de circulação extracorpórea*. Ela tem uma bomba para funcionar como o coração e um oxigenador de membrana para atuar como os pulmões. As máquinas coração-pulmão têm a função de manter sangue rico em oxigênio circulando através do corpo durante a cirurgia⁶.

A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita, caracterizada por uma abertura no septo interatrial, que permite a passagem do sangue do átrio esquerdo (alta pressão) para o átrio direito (baixa pressão), fazendo com que os sangues dos átrios comuniquem-se entre si^{6,8}.

A cirurgia de plastia ou rafia do septo interatrial é indicada nos casos de CIA; na maioria das vezes, a plástica consiste em remodelar e/ou diminuir o perímetro da comunicação por meio de suturas aplicadas nesta estrutura. Usualmente, as cirurgias são realizadas com auxílio de circulação extracorpórea e pode ser utilizado implante de prótese biológica ou mecânica⁵.

A internação hospitalar é necessária quando ocorre uma diminuição da capacidade funcional do organismo humano, muitas vezes irreversíveis, na qualidade de vida das pessoas.

O surgimento da doença cardíaca gera diversos sentimentos, principalmente aqueles relacionados com a necessidade de cirurgia. A internação altera os hábitos e a autonomia dos pacientes que necessitam de cirurgia. Cada paciente é único, e reage de forma diferente diante de um pré-operatório cardíaco⁹.

A cirurgia cardíaca é um procedimento completo que repercute na necessidade de um pós-operatório em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)¹⁰. Esta uni-

dade hospitalar é responsável pela assistência a pacientes graves, com risco de complicações no pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas e causa preocupação porque, popularmente, este é o ambiente de morte mais provável^{11,12}.

A necessidade de internação hospitalar devido à presença de um diagnóstico de cirurgia cardíaca faz com que as pessoas busquem auxílio para minimizar o seu sofrimento. O atendimento hospitalar humanizado e competente, desenvolvido pela equipe de saúde é fundamental neste momento¹³.

Cuidar das pessoas que sofrem física e emocionalmente já é arte milenar da equipe de enfermagem, porém, manter a empatia e tentar compreender os sentimentos vivenciados pelos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca é imprescindível para que haja um restabelecimento eficaz no pós-operatório¹².

Para sustentação teórica e ampliação do conhecimento, este estudo está fundamentado na teoria do cuidado interpessoal proposto por Joyce Travelbee¹⁴, cuja teoria é embasada na relação pessoa-pessoa como um processo de interação entre dois ou mais seres humanos, possibilitando a mudança de comportamento de ambos¹⁵⁻¹⁷.

De acordo com Travelbee¹⁴ a experiência da doença auxilia a pessoa a compreender sua limitação e condição humana, estimulando a busca de forças interiores necessárias para alcançar na recuperação ou na adaptação, aquilo que não pode ser mudada.

Além disso, optou-se por esta teoria porque Travelbee¹⁴ considera importante o estabelecimento de uma relação entre paciente e enfermeiro que devem superar-se para estabelecer uma relação pessoa-pessoa, utilizando o processo de comunicação. Os valores éticos e espirituais do enfermeiro podem auxiliar os indivíduos e as famílias a encontrar sentido nessas difíceis experiências, capacitando-os para enfrentar a nova realidade e ainda encontrar sentido na vivência com a doença.

Este estudo está fundamentado na teoria de Joyce Travelbee¹⁴, considerando os seus pressupostos e diretrizes relacionados com a situação vivenciada pelos pacientes de cirurgia cardíaca e equipe de enfermagem envolvidas nesse cuidado.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender de que forma as orientações pré-operatórias em cirurgias cardíacas contribuem para a recuperação pós-operatória dos pacientes.

Métodos

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória, de abordagem qualitativa e foi desenvolvida no setor de cardiologia de um hospital do sul de Santa Catarina. Nesta unidade encontram-se pacientes internados no pré-operatório imediato e no pós-operatório mediato e tardio.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), com protocolo número 21920013.4.0000.5369. Seguindo a Resolução 466/12 do CNS, os participantes tiveram o anonimato garantido e foram representados por nomes de flores: Girassol, Violeta, Tulipa, Azaléia e Rosa.

Participaram deste estudo 5 (cinco) pacientes que se encontravam no pós-operatório de cirurgia cardíaca no mês de outubro de 2013, e que receberam

orientações da equipe de enfermagem no período pré-operatório. A coleta de dados foi por meio de entrevista, realizada em momento oportuno para os participantes, com duração média de 30 minutos. Como instrumento utilizou-se um roteiro de entrevista com questões norteadoras relacionadas às orientações em pós-operatório cardíaco.

A análise foi focalizada nos princípios da abordagem qualitativa que, segundo Gomes¹⁸, é composta por três etapas: leitura compreensiva do material selecionado, exploração e elaboração de síntese interpretativa, sendo fundamentada nas diretrizes da teoria de enfermagem de Joyce Travelbee¹⁴.

Resultados e discussão

A amostra foi constituída de cinco participantes sendo duas mulheres e três homens. A idade foi entre 53 anos a 62 anos. Quanto ao estado civil, 4 (quatro) participantes eram casados e 1 (um) divorciado. Apenas uma participante era costureira e os demais eram aposentados.

O grau de escolaridade predominante foi o Ensino Fundamental incompleto, seguido do Ensino Médio completo. Considera-se importante ter conhecimento do grau de escolaridade pelo fato de que os mesmos recebem orientações da equipe de enfermagem, e esta equipe deve saber como compartilhar as informações e orientações facilitando a compreensão pelos pacientes.

Quanto ao diagnóstico observou-se que 3 (três) participantes apresentaram infarto agudo do miocárdio (IAM), destes apenas 1 (um) apresentou IAM e angina pectoris, 1 (um) teve como diagnóstico comunicacão interatrial (CIA), e 1 (um) teve diagnóstico de insuficiência cardíaca com miocardiopatia isquêmica grave.

As questões norteadoras permitiram identificar dificuldades no pós-operatório da cirurgia cardíaca relacionados a: dificuldade no sono, atendimento imediato das necessidades, alimentação pastosa e cheiro do ambiente.

"No dia que fui para lá (UTI) tive azar, porque fiquei em uma cama embaixo da luz, que ficava acesa dia e noite e eu não conseguia dormir direito [...]" (Tulipa).

"[...] lá (UTI) me avisaram que quando eu precisasse de algo era para mim [sic] levantar a mão que alguém viria me atender, levantei a mão várias vezes e ninguém veio me ver" (Violeta).

"Ninguém me orientou quanto à alimentação que iria ser pastosa" (Girassol).

"A dificuldade foi me adaptar com a comida pastosa" (Rosa).

"Quando acordei na UTI foi apavorante [...] e tinha um cheiro que atrapalhava para comer" (Tulipa).

A dificuldade do sono em ambiente de UTI pode ter várias causas. No entanto, a enfermagem deve utilizar medidas terapêuticas para minimizar estes fatores, que também podem ser: presença da dor, ansiedade, dúvidas quanto ao tratamento, entre outras causas¹⁹.

O paciente de UTI necessita de cuidados intensivos no pós-operatório cardíaco, os quais devem ser dirigidos aos problemas fisiopatológicos e psicossociais. A essência do cuidado de enfermagem não está relacionada apenas aos equipamentos especiais, mas à compreensão das condições fisiológicas e psicobiológicas do paciente²⁰.

Em alguns casos, observa-se que o cuidador na UTI é técnico e mecânico, desprovido de sentimentos pelo doente e seus familiares²¹.

O ambiente é o principal fator desencadeante de distúrbios na fase de pós-operatório, pois a UTI é considerada estranha e assustadora, com muitos ruídos e cheiros²².

Os pacientes que receberam orientações do pré-operatório apresentaram facilidades em sua recuperação, tais como a 'confiança' que a equipe de enfermagem transmite aos pacientes, 'ausência de preconceito', realização de 'fisioterapia respiratória' a fim de diminuir o tempo de entubação, e a 'posição dorsal', que deveria ficar no leito.

"A orientação foi fundamental, pois quem entende são vocês, a gente acredita em tudo que vocês falam. Temos que ouvir o que as enfermeiras têm para falar e cumprir" (Tulipa).

"Tudo foi muito importante [...]. Estou me sentindo muito bem, as pessoas parecem que me conhecem de tão boas que são para mim [...]. Fazem tudo certinho, não tem preconceito com nada, nem com a idade, nada" (Rosa).

"Me ensinaram [sic] a fazer uma respiração que iria diminuir o tempo que eu ia ficar entubado". [...]. "Eu já sabia que iria ficar deitado de barriga para cima, um amigo meu que fez me avisou" (Girassol).

Entre as facilidades referidas, a confiança que a equipe de enfermagem transmite é de suma importância, pois através de uma boa relação dos envolvidos, usuário e equipe, cria-se um ambiente acolhedor. Sabe-se que um ambiente acolhedor, uma boa postura relacionada à responsabilidade e confiança na equipe multidisciplinar são fatores incondicionais para que se estabeleça um bom acolhimento.

O acolhimento não significa apenas satisfazer a pessoa atendida, mas buscar soluções e realizar encaminhamentos para promover a reabilitação. O acolhimento deve ser realizado por toda a equipe multiprofissional, além de primordial para a humanização da assistência. A força de vontade, qualificação, capacitação profissional, postura adequada, transmissão de confiança, e vínculo paciente-enfermeiro são facilitadores para a construção de uma assistência humanizada e de qualidade²³.

A atenção ao paciente no período pré-operatório influencia na recuperação pós-operatória, tornando-a mais rápida. A utilização de fisioterapia pré-operatória é eficaz na redução de complicações respiratórias²⁴.

A garantia do sucesso de qualquer assistência de enfermagem pode ser atribuída à atenção dispensada no que diz respeito às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente²⁵.

Segundo Travelbee¹⁷, cada pessoa tem sua maneira de sentir e superar a doença, os limites são

diferentes, assim como as sensações frente à situação em que se encontra. Nesse momento, a individualidade do paciente deve ser respeitada, ficando evidente que não se pode apenas aplicar regras e normas pré-estabelecidas durante o relacionamento.

O esclarecimento das dúvidas apresentadas pelo cliente cirúrgico facilita para que ele enfrente o tratamento com mais tranquilidade e menos risco de complicações no pós-operatório²⁶.

Crenças, culturas e valores parecem ter contribuído na reabilitação destes pacientes. Dentre as questões norteadoras destacaram-se os aspectos relacionados ao modo de vida antes do procedimento cirúrgico; o aumento relevante da fé e o cumprimento de promessas.

“A gente nasce com coração para durar de 70 a 80 anos, que é a média de vida da população brasileira, aí a gente não sabe cuidar dele direito. Quando eu era jovem saía direto, não dormia direito, bebia e fumava bastante e a alimentação era tudo errada [sic]. Quando eu enfartei, parei de fumar; eu fumei durante 38 anos. No início, foi difícil, mas consegui. Eu gostava de tomar whisky” (Tulipa).

“Eu sempre fui muito temente a Deus e sou devoto a Nossa Senhora de Fátima. Eu pedi para viver mais alguns anos e hoje posso dizer que minha fé aumentou mais ainda” (Tulipa).

“Contribuo com as coisas da igreja, quando faço doações para a igreja não gosto que falem meu nome. Quero fazer uma capa para um santo da igreja que eu frequento” (Rosa).

Para tentar obter controle sobre a ansiedade e o medo, o paciente pré-cirúrgico lança mão de algumas estratégias, como depositar confiança na equipe de saúde; acreditar em Deus acima de qualquer coisa; desqualificar os sentimentos; controlar o pensamento; e ter sempre a companhia de alguém conhecido²⁷.

Os sentimentos revelados destacaram o “medo de morrer e o medo do desconhecido”. A “felicidade” foi referida como resultado positivo frente à situação favorecendo o relacionamento e aproximação na familiar.

“Fiquei com muito medo de morrer, chorei muito antes de subir para a cirurgia” (Azaléia).

“Quando acordei na UTI foi apavorante me ver cheio de cano [sic] e aqueles curativos no peito” (Tulipa).

“Minhas duas noras não se falavam; por causa do meu problema, as duas começaram a se falar sobre a minha recuperação. Fiquei tão feliz, porque eu pedia tanto para Deus para elas se falarem e os irmãos se unirem mais” (Rosa).

Taylor²⁸ afirma que a família, direta ou indiretamente, afeta e é afetada por todas as intervenções que o paciente será submetido.

O medo do desconhecido é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. Ele teme a morte, a anestesia, o procedimento em si e a recuperação²⁷.

Fundamentado no olhar de Travelbee¹⁷, pode-se observar que o paciente, quando está diante de uma situação de risco que ameaça sua vida, como um procedimento cirúrgico, deve ser analisado como ser humano, que tem emoções e que age conforme seus pensamentos. É de suma importância que os profissionais observem os pacientes, identificando e conhecendo os sentimentos e interpretá-los com apoio e compreensão, durante o relacionamento proposto.

Durante a interpretação das falas outra categoria emergiu, sendo caracterizada pela 'perspectiva de mudanças no cotidiano', após a alta hospitalar. Observou-se mudanças atitudinais em relação à família, ao trabalho e ao amor próprio.

“[...] quero me dedicar mais a minha família e ir à igreja com minha mulher”. “[...] vou ficar mais em casa e ajudar minha mulher a fazer salgados” (Girassol).

“Agora eu quero viver mais e ter mais lazer, viajar. Quero aproveitar tudo que não tive oportunidade, até meus netos, quero ficar mais tempo com eles” (Tulipa).

“Quando eu sair, penso em cuidar mais de mim mesma, porque antes eu pensava só nos outros e eu acabava ficando por último. Antes meus netos ficavam na minha casa para os pais deles poderem trabalhar, um tem 6 anos e o outro tem 1 ano, era muito cansativo” (Violeta).

Observa-se que a religião e a crença em Deus permitem que a vivência de um procedimento cardíaco auxilie para que aquelas técnicas que eram incompreensíveis tornem-se suportáveis e compreensíveis pelo paciente²⁹.

Goode³⁰ refere que as relações familiares possuem um intenso significado emocional para quase todos os membros da sociedade.

Os participantes do estudo, ao serem questionados sobre o que ainda os incomoda ou preocupa, referiram que a falta de dinheiro impossibilita a aquisição das medicações para continuar o seu tratamento e sentem-se inseguros com o futuro.

“Não tenho dinheiro para comprar todas as medicações que eu preciso e fico com medo de como vai ser” (Azaléia).

“Preocupa é quando eu voltar para casa, nem vou pensar porque chego a passar mal. Já perguntamos muitas coisas para o médico e ainda tenho muitas dúvidas, sobre o que eu posso comer, se vou poder lavar a louça, atividades diárias e alimentação” (Rosa).

É necessário facilitar o acesso à informação e aos medicamentos no sistema de saúde, reduzindo os entraves burocráticos e o tempo gasto nesta tarefa. Neste sentido, torna-se fundamental que o sistema de saúde vigente adote estratégias efetivas para o cuidado com a saúde das pessoas, considerando seu contexto de vida socioeconômico e cultural como fatores importantes na individualização do acesso a bens e serviços

de saúde que, neste caso, envolvem desde a aquisição de medicamentos até o acesso à informação e à saúde²⁰.

As orientações para a alta hospitalar devem fortalecer a interação entre o paciente e as equipes de enfermagem e médica, salientando o controle da sua saúde e a busca de auxílio sempre que houver necessidade³¹.

Os participantes demonstraram entendimento sobre as deficiências relacionadas às orientações pré-operatórias desenvolvida pela equipe, durante este período, e destacaram que faltam informações sobre a alimentação pastosa e sobre a necessidade de dormir em decúbito dorsal.

“Orientação sobre a alimentação faltou. [...] eu não sabia que iria ter que comer comida pastosa, não fui orientada quanto a isto” (Violeta).

“Não fui orientado que vou ter que dormir de barriga para cima” (Azaléia).

Para potencializar a educação do paciente, deve ser utilizada a informação verbal e escrita, pois existe facilidade em priorizar algumas informações verbais em detrimento de outras que eles não consideram importantes. E a informação escrita garante que sempre que houver dúvidas, poderá encontrar a resposta com maior facilidade.

Considerações finais

Este estudo possibilitou a reflexão sobre a assistência de enfermagem prestada no setor de cardiologia do hospital, mostrando a importância da enfermagem no assistir com sensibilidade e disponibilidade para o diálogo e escuta em relação às necessidades e dúvidas que os pacientes apresentam. A teoria que fundamentou o estudo refere que a comunicação é um processo

de interação em constante construção. Portanto, cabe aos profissionais de enfermagem uma atuação efetiva e respeitosa para com as dificuldades do paciente e seu tempo em relação ao processo de adaptação à realidade e respeito às particularidades de cada paciente.

Os participantes, na sua maioria, eram aposentados. No entanto, a idade de prevalência era em torno de 50 anos e o diagnóstico mais frequente foi o infarto agudo do miocárdio e cirurgia de revascularização.

Os pacientes que receberam orientações apresentaram recuperação mais rápida. A maioria dos entrevistados referiu aumento da fé e um novo sentido para a vida após a experiência vivenciada. As necessidades de mudanças no cotidiano se constituiu proposta para a vida após a alta hospitalar, dependendo da aceitação da doença e a limitação de cada um. A preocupação financeira com a aquisição de medicamentos pós-alta também foi um fator que gerou estresse e ansiedade no pós-operatório imediato, sendo que a equipe de enfermagem também pode auxiliar o paciente e a família a encontrar caminhos que facilitarão o enfrentamento da realidade. Observou-se que os participantes compreenderam com facilidade as informações e as deficiências que existem na orientação pré-operatória. Destaca-se que a qualidade e a quantidade de cuidados de enfermagem relacionados às orientações são associados à percepção da equipe e na valorização significativa da importância das orientações.

Enfatiza-se a importância da capacitação da equipe de enfermagem para o cuidado integral aos pacientes que passam pela experiência de uma intervenção cirúrgica cardíaca, respeitando a sua individualidade.

Por fim, almeja-se que este estudo possa subsidiar a realização de novas pesquisas que venham a contribuir com a prática da equipe de enfermagem na área de cardiologia.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil), Portal Saúde. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Mortalidade - Brasil Óbitos p/Ocorrência por Causa - CID-BR-10 Período: 2011.
3. Brito FS, Vilas-Boas F, Castro I, Oliveira JA, Guimarães JI, Stein R et al. II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Teste Ergométrico. *Arq Bras Cardiol*, 2002; 78(2): 1-17.
4. Fini A, Cruz D. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2009; 17(4): 557-565.
5. Nobre Junior CVS. Tratado de Cardiologia. Barueri, São Paulo: Manole; 2005.
6. Porto CC. Doenças do Coração: prevenção e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro- RJ: Guanabara Koogan; 2005.
7. Ianni BA. Insuficiência Coronariana. In: Mady C, Ianni BA, Artega E. Cardiologia Básica. São Paulo: Roca; 1999. p. 69-76.
8. Pedra CAC, Pedra SRF, Fontes VF. Comunicação Interatrial do Tipo Ostium Secundum: do Tratamento Cirúrgico ao Percutâneo e os Dinossauros do Futuro. *Arq Bras Cardiol*, 2003; 80 (6): 650-655.
9. Araújo ZMS, Diógenes ZM, Valdés MTM. Doença cardíaca e a vivência da internação hospitalar para a pessoa idosa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2005; 9(2): 199-206.
10. Riva D, Schneider J, Bronzatti ABS, Frizzo MN, Winkelmann ER. Importância da anemia pré-operatória em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cardiol*, 2013; 26(3): 186-192.
11. Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*, 2011; 1(3): 305-12.
12. Viana RAPP. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed; 2011.
13. Amin TCC. *O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 106 p.
14. Travelbee J. Intervencion en enfermeria psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Cali: Carvajal; 1979.

15. Stulp KP, Maggi RS. *O cuidado de enfermagem em saúde mental: contribuição de Acadêmicas para o Saber/Fazer*. [Trabalho de Conclusão de Curso] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
16. Leopardi MT. *Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Editora Papalivros; 1999.
17. Waidaman MAP, Elsen I, Marconi SS. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Rev eletrônica enferm*, 2006; 8(2): 282-91.
18. Gomes R. A análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo, MCS (Org.); Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
19. Bitencourt AGV; Neves FBCS; Dantas MP; Albuquerque LC; Melo RMV, Almeida, AM et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva*, 2007; 19(1): 53-59.
20. Villa VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2002; 10(2): 137-144.
21. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2004; 12(2): 250-257.
22. Gasperi P, Radunz V, Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes – o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm*, 2006; 11(3): 252-257.
23. Silva LG, Alves MS. O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*, 2008; 11(1): 74-84.
24. Arcêncio L, Souza MD, Bortolin BS, Fernandes ACM; Rodrigues AJ, Évora PRB. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2008; 23(3): 400-410.
25. Chistóforo BEB, Zagonel IPS, Carvalho DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cogitare Enferm*, 2006; 11(1): 55-60.
26. Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arq ciênc Saúde*, 2007; 14(2): 85-91.
27. Figuera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH*, 2005; 8(2): 51-63.
28. Taylor CM. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
29. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev Saúde Pública*, 2008; 42(4): 750-756.
30. Goode WJ. *A família*. Trad. de Antônio Augusto Arantes Neto. São Paulo: Pioneira; 1970.
31. Miasso AI, Cassiani SH. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev Esc Enferm*, 2005; 39(2): 136-144.