

## CONSULTA DE ENFERMAGEM: espaço para criação e utilização de protocolo para pacientes após revascularização miocárdica

Francisca Elisângela Teixeira LIMA<sup>a</sup>, Thelma Leite de ARAÚJO<sup>b</sup>, Thereza Maria Magalhães MOREIRA<sup>c</sup>, Albeniza Mesquita de MEDEIROS<sup>d</sup>, Ires Lopes CUSTÓDIO<sup>e</sup>, Elizabeth Mesquita MELO<sup>f</sup>

### RESUMO

Estudo descritivo com objetivo de descrever um protocolo de consultas de enfermagem testado para pacientes após revascularização miocárdica. O protocolo, aplicado em uma unidade de cardiologia hospitalar, possui metas que devem ser atingidas no decorrer da consulta ou no período entre elas. Para o alcance de cada meta, foram estabelecidas as ações de enfermagem que devem ser executadas pelo enfermeiro, expostas em três quadros: Estratégias de consulta de enfermagem referente ao primeiro atendimento; Estratégias de consultas de enfermagem referente aos atendimentos nº 2, nº 3 e nº 4; Estratégias de consultas de enfermagem referente ao atendimento nº 5 referente ao sexto mês após a cirurgia. A partir da aplicação do protocolo foi possível realizar uma avaliação sistemática do paciente, levantando seus reais problemas para planejar e realizar intervenções de enfermagem, principalmente as relacionadas às mudanças comportamentais.

**Descritores:** Processos de enfermagem. Continuidade da assistência ao paciente. Revascularização miocárdica.

### RESUMEN

*Estudio descriptivo con objetivo de describir un protocolo de consultas de enfermería testado para pacientes después de la revascularización del miocardio. El protocolo fue aplicado en unidad de cardiología hospitalaria, el cual posee metas que deben ser alcanzadas en el transcurso de la consulta o en el periodo entre ellas. Para el alcance de cada meta se establecieron las acciones de enfermería que deben ser ejecutadas por la enfermera, expuestas en tres cuadros: Estrategias de consulta de enfermería referentes al primer atendimento; Estrategias de consultas de enfermería referentes a los atendimientos nº 2, nº 3 y nº 4; Estrategias referente al atendimento nº 5 referente al sexto mes después de la cirugía. Se cree que la aplicación del protocolo posibilitará una evaluación sistemática del paciente, identificando sus problemas reales para la planificación y realización de intervenciones de enfermería, principalmente las relacionadas a los cambios de comportamiento.*

**Descriptorios:** Procesos de enfermería. Continuidad de la atención al paciente. Revascularización miocárdica.

**Título:** Consulta de enfermería: espacio para la creación y utilización de protocolo para pacientes después de la revascularización del miocardio.

### ABSTRACT

*A descriptive study aiming to describe a nursing consultation protocol tested for patients after myocardial revascularization. The protocol is implemented in a hospital cardiac unit, has goals that must be achieved during the consultation period or in between. For reaching each goal, it has been established that nursing actions should be implemented by the nurse, displayed in three tables: Strategies for nursing consultation related to the first care; Strategies for nursing consultations related to the second, third and fourth nursing visits; Strategies for nursing consultations related to the fifth nursing visit, referring to the sixth month after surgery. It is believed that the implementation of the protocol allows a systematic evaluation of the patient, raising their real problems, for planning and implementation of nursing interventions, especially those related to behavioral changes.*

**Descriptors:** Nursing process. Continuity of patient care. Myocardial revascularization.

**Title:** Nursing consultation: space for creation and use of protocol for patients after myocardial revascularization.

<sup>a</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF/FFOE/UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>b</sup> Doutora em Enfermagem, Professora Associada do DENF/FFOE/UFC, Pesquisadora da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>c</sup> Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Estadual do Ceará, Pesquisadora da CAPES, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>d</sup> Enfermeira Especialista em Educação em Saúde Pública, Coordenadora do Ambulatório do Hospital de Messejana, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>e</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do DENF/FFOE/UFC, Enfermeira do Hospital de Messejana, Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>f</sup> Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas cardiovasculares contribuem significativamente na mortalidade brasileira. São uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e de gastos públicos com hospitalizações e seu ônus econômico tem crescido exponencialmente nas últimas décadas<sup>(1,2)</sup>.

Assim, foi desenvolvido um estudo em Fortaleza, Ceará para averiguar a prática do autocuidado de pacientes após revascularização miocárdica (RM) quanto aos fatores de risco para a doença arterial coronariana (DAC), que constatou 50% de classificados entre **bom** e **regular** no grau de autocuidado, após um ano de RM<sup>(3)</sup>. A partir do estudo, buscou-se desenvolver estratégias para aumentar o autocuidado, controlando fatores de risco, minimizando complicações cardiovasculares pós-cirurgia e favorecendo melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Dentre as estratégias de trabalho, escolheu-se a consulta de enfermagem (CE), por ser um método que possibilita a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar dos envolvidos. É uma ação que se diferencia entre as várias maneiras de cuidar, pois possibilita aproximação pessoa a pessoa, estabelecendo uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais<sup>(4)</sup>.

A consulta de enfermagem foi criada há mais de quarenta anos, contudo poucos estudos têm sido desenvolvidos para avaliar a eficácia da sua implementação. No intuito de contribuir para sanar essa lacuna, este estudo visa o desenvolvimento e experimentação de um Protocolo de Consultas de Enfermagem (PCE) para o paciente submetido à cirurgia de RM.

A utilização do protocolo ao pós revascularizado miocárdico justifica-se pela sua necessidade de passar por uma reabilitação dinâmica, orientada à saúde e capaz de auxiliá-lo a atingir o maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual e econômico. Tal processo o ajuda a alcançar qualidade de vida com dignidade, auto-estima e independência<sup>(5)</sup>.

Diante dessas considerações, tem-se como objetivo descrever um Protocolo de Consultas de Enfermagem testado para pacientes após RM.

## METODOLOGIA

O estudo descreve um protocolo aplicado em unidade ambulatorial de cardiologia de Fortaleza, Ceará, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha do local se deu por se tratar de serviço de grande abrangência na atenção à saúde da população, pois atende pacientes cardiopatas de todo o Ceará e de outros estados das regiões Nordeste e Norte.

O PCE foi testado com adultos e idosos de ambos os sexos com RM, pelo desenvolvimento de um ensaio clínico randomizado avaliador da eficácia do protocolo<sup>(6)</sup>.

Foram critérios de inclusão: ter realizado RM, independente do tipo e do número de pontes (safena ou mamária); idade superior a 18 anos; estar consciente, deambulando independente; e ser capaz de se locomover até o ambulatório de realização da CE com utilização do protocolo. Além disso, deviam ter acompanhamento médico, conforme rotina institucional. Foram critérios de exclusão: residentes de fora da região metropolitana de Fortaleza, pois seu deslocamento seria muito oneroso.

Atenderam aos critérios de inclusão 82 pacientes, dos quais 42 pertenciam ao grupo controle (GC) e 40 ao grupo de intervenção (GI). Em cada grupo foi descontinuado um paciente, por óbito. E no grupo controle, dois pacientes não retornaram para a revisão pós-operatória ambulatorial, mesmo após diversos contatos telefônicos, sendo descontinuado do estudo. Então cada grupo ficou constituído por 39 pacientes.

Para realizar o ensaio clínico randomizado foi criado o grupo controle e o grupo de intervenção, cuja randomização ocorreu da forma descrita a seguir.

Grupo controle: realizaram cirurgia de RM nos dias ímpares (1, 3, 5, 7... 31). Estes pacientes foram acompanhados no pós-operatório após a alta hospitalar conforme o método convencional de tratamento – somente pelo cardiologista no ambulatório, acrescido do acompanhamento, em dois momentos, pela pesquisadora. A avaliação dos pacientes do grupo controle pela pesquisadora ocorreu primeiro enquanto estavam internados na enfermaria, no dia ou na véspera da alta e, em um segundo momento, seis meses após a alta hospitalar, coincidindo com a consulta médica.

Grupo de intervenção: passaram por cirurgia de RM nos dias pares (2, 4, 6... 30). Foram submetidos ao programa de intervenção de enfermagem, após a primeira avaliação da pesquisadora realizada no dia ou na véspera da alta hospitalar. As consultas subsequentes foram implementadas a cada um, dois, quatro e seis meses. Após alta hospitalar os pacientes do GI eram acompanhados pelos médicos da instituição igual aos do GC.

O PCE foi elaborado para seguimento pelo período de seis meses, contendo metas a serem atingidas no decorrer da consulta ou no período entre elas. Para o alcance de cada meta foram estabelecidas ações de enfermagem a serem exe-

cutadas pelo enfermeiro, sendo que algumas metas e ações se repetem em virtude do acompanhamento da evolução do paciente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da mencionada instituição sob parecer nº 292/05. Todos os participantes dos dois grupos anuíram com a pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Como resultados, temos a descrição do PCE para pacientes submetidos à RM, segundo o atendimento realizado, conforme exposto nos Quadros 1, 2 e 3.

Metas	Ações de enfermagem
1. Adquirir confiança e credibilidade do paciente; 2. Levantar problemas de enfermagem segundo domínios da NANDA; 3. Avaliar condições físicas do paciente; 4. Avaliar parâmetros de sinais vitais; 5. Averiguar medidas antropométricas; 6. Esclarecer quanto à cirurgia e dúvidas relacionadas; 7. Sensibilizar a adesão terapêutica: - não-medicamentosa, - medicamentosa, conforme prescrição; 8. Solucionar/reduzir alterações de saúde; 9. Planejar consulta de enfermagem subsequente.	1.1. Apresentar-se, favorecendo a interação entre enfermeiro, instituição e paciente; 1.2. Informar sobre a importância do acompanhamento e como são as estratégias que compõem o protocolo; 2.1. Buscar no prontuário informações sobre história das doenças pregressa e atual, resultados de exames laboratoriais, entre outras informações relevantes; 2.2. Entrevistar paciente e/ou familiares; 3.1. Realizar exame físico; 4.1. Verificar sinais vitais; 5.1. Verificar peso, estatura, circunferência da cintura e quadril; 6.1. Orientar, utilizando folhetos educativos; 7.1. Aconselhar o paciente quanto ao estilo de vida saudável; 7.2. Apraziar uso dos medicamentos, conforme prescrição médica, utilizando figuras*; 8.1. Propor intervenções conforme a necessidade; 8.2. Solicitar avaliação dos demais especialistas (médico, nutricionista, assistente social, psicóloga), se necessário; 8.3. Encorajá-lo a manter contatos telefônicos com o enfermeiro diante de intercorrências; 9.1. Levantar com o paciente temáticas para as próximas consultas; 9.2. Entregar Cartão do Coração <sup>†</sup> com os dados preenchidos; 9.3. Agendar primeira consulta ambulatorial (retorno do paciente ao ambulatório para consulta médica e de enfermagem, no prazo aproximado de 30 dias); 9.4. Despedir-se do paciente cordialmente, reforçando as orientações fornecidas.

**Quadro 1** – Estratégias de consulta de enfermagem referente ao primeiro atendimento, na unidade de internamento, Fortaleza, CE, 2007.  
 \* Um quadro contendo cinco colunas: 1 - medicamento, 2 - dose, 3 - manhã (figura do sol nascendo), 4 - tarde (figura do sol inteiro), 5 - noite (figura da lua). O preenchimento deve ser um desenho de um comprimido com quatro quadrantes e pintar com lápis de cor a dose prescrita, nos horários correspondentes à prescrição médica.

<sup>†</sup> No cartão do coração, consta dados pessoais do paciente (nº prontuário, nome, endereço, telefone, data da cirurgia), dados da doença arterial coronariana e cirurgia de revascularização miocárdica (definição, fatores de risco e manifestações clínicas), prática de autocuidado após a alta hospitalar (mudanças no estilo de vida), e dados clínicos (sinais vitais, peso, índice de massa corporal e glicemia) com espaço para registro dos dados durante a consulta de enfermagem.

Metas	Ações de enfermagem
<p>1. Adquirir confiança e credibilidade do paciente;</p> <p>2. Avaliar resolução dos problemas anteriores;</p> <p>3. Detectar novos problemas de enfermagem;</p> <p>4. Avaliar parâmetros dos sinais vitais;</p> <p>5. Averiguar medidas antropométricas;</p> <p>6. Esclarecer: - quanto à cirurgia (em caso de dúvidas), - outras dúvidas apresentadas pelo paciente e/ou familiares;</p> <p>7. Monitorar o seguimento da terapêutica: - não-medicamentosa (estilo de vida saudável), - medicamentosa, conforme prescrição médica;</p> <p>8. Solucionar ou minimizar alterações de saúde;</p> <p>9. Planejar consulta subsequente.</p>	<p>1.1. Acolher paciente e familiares, favorecendo a interação entre enfermeiro, instituição e paciente;</p> <p>2.1. Buscar e registrar no prontuário informações sobre o paciente;</p> <p>2.2. Entrevistar paciente e/ou familiares, questionando informações recebidas na consulta anterior e esclarecendo dúvidas;</p> <p>3.1. Realizar exame físico;</p> <p>3.2. Raciocinar clinicamente baseando-se nos problemas detectados;</p> <p>4.1. Verificar sinais vitais;</p> <p>5.1. Verificar medidas antropométricas;</p> <p>6.1. Orientar, utilizando folhetos, álbum seriado e vídeos educativos;</p> <p>6.2. Incentivar participação nos encontros grupais de pacientes revascularizados, ocorridos mensalmente na instituição;</p> <p>7.1. Questionar sobre os hábitos de vida após a cirurgia;</p> <p>7.2. Parabenizar e elogiar o paciente diante de ações positivas para a manutenção da saúde e bem-estar;</p> <p>7.3. Incentivar seguimento da terapêutica recomendada, reforçando a importância da prática do autocuidado;</p> <p>7.4. Adequar intervenções que o paciente teve dificuldade ou incapacidade de seguir, ou estimular seu seguimento;</p> <p>7.5. Estimular familiar a apoiar o paciente no tratamento;</p> <p>7.6. Questionar quanto aos medicamentos, para certificar-se do uso adequado;</p> <p>8.1. Ajustar/manter intervenções para sanar/minimizar os problemas;</p> <p>8.2. Encorajar paciente a manter contatos telefônicos com o enfermeiro diante de intercorrências;</p> <p>8.3. Encaminhar aos demais profissionais especialistas (médico, nutricionista, assistente social, psicóloga), se necessário;</p> <p>8.4. Encaminhar à unidade de emergência, diante de alterações emergenciais detectadas;</p> <p>9.1. Levantar com o paciente as temáticas a serem abordadas na consulta subsequente;</p> <p>9.2. Solicitar Cartão do Coração<sup>†</sup> para registrar os dados atuais;</p> <p>9.3. Encaminhar para o setor de marcação de consultas para agendar a próxima CE;</p> <p>9.4. Específicas para a 4ª consulta: - solicitar exames laboratoriais (hemograma, glicemia, uréia, creatinina e lipidograma) e eletrocardiograma para avaliação na última CE prevista no protocolo, coincidente com a consulta médica, - orientar paciente para realizar radiografia torácica (conforme solicitação médica) e eletrocardiograma somente no dia da próxima consulta médica;</p> <p>9.5. Despedir-se do paciente, reforçando as orientações fornecidas.</p>

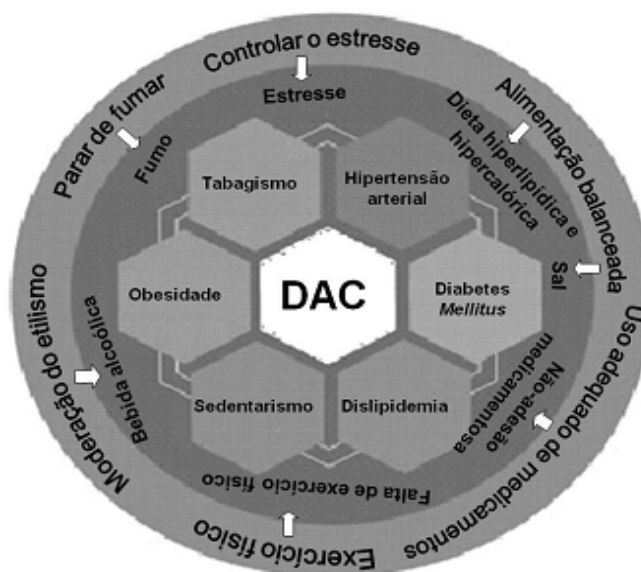
**Quadro 2** – Estratégias de consultas de enfermagem referente aos atendimentos nº 2, nº 3 e nº 4, no ambulatório. Fortaleza, CE, 2007.

Metas	Ações de enfermagem
<p>1. Manter confiança e credibilidade do paciente;</p> <p>2. Avaliar resolução dos problemas de enfermagem, conforme consultas anteriores;</p> <p>3. Detectar novos problemas de enfermagem;</p> <p>4. Avaliar parâmetros dos sinais vitais;</p> <p>5. Averiguar medidas antropométricas;</p> <p>6. Orientar quanto às dúvidas apresentadas pelo paciente e/ou familiares;</p> <p>7. Monitorar e incentivar continuamente a terapêutica: - não-medicamentosa (estilo de vida saudável), - medicamentosa, conforme prescrição médica;</p> <p>8. Avaliar resultados de exames laboratoriais;</p> <p>9. Solucionar ou minimizar alterações de saúde;</p> <p>10. Planejar próxima consulta;</p>	<p>1.1. Acolher paciente e familiares, favorecendo interação entre enfermeiro, instituição e paciente;</p> <p>2.1. Buscar e registrar no prontuário informações sobre o paciente;</p> <p>2.2. Entrevistar paciente e/ou familiares, questionando informações recebidas na consulta anterior e esclarecendo dúvidas;</p> <p>3.1. Realizar exame físico;</p> <p>3.2. Avaliar eletrocardiograma conforme solicitado na consulta anterior;</p> <p>3.2. Raciocinar clinicamente baseando-se nos problemas detectados;</p> <p>4.1. Verificar os sinais vitais;</p> <p>5.1. Verificar medidas antropométricas;</p> <p>6.1. Orientar, utilizando folhetos, álbum seriado e vídeos educativos;</p> <p>6.2. Incentivar participação nos encontros grupais mensalmente entre os pacientes revascularizados;</p> <p>7.1. Parabenizar e elogiar paciente e familiares diante de ações positivas para manutenção da saúde e bem-estar;</p> <p>7.2. Incentivar seguimento da terapêutica recomendada, reforçando a importância da prática do autocuidado;</p> <p>7.3. Estimular o familiar a apoiar o paciente no tratamento;</p> <p>7.4. Adequar intervenções que o paciente teve dificuldade ou incapacidade de seguir, ou até mesmo estimular seu seguimento;</p> <p>7.5. Questionar sobre medicamentos para certificar-se do uso adequado;</p> <p>8.1. Verificar resultados dos exames laboratoriais;</p> <p>8.2. Orientar paciente quanto aos achados normais e anormais;</p> <p>9.1. Ajustar ou manter intervenções para sanar ou minimizar os problemas ainda presentes;</p> <p>9.2. Encaminhar para consulta médica, conforme marcado anteriormente para este mesmo dia;</p> <p>9.3. Encaminhar aos demais profissionais especialistas, se necessário;</p> <p>10.1. Solicitar Cartão do Coração para registrar os dados atuais;</p> <p>10.2. Encaminhar para setor de marcação de consultas para agendar próxima consulta;</p> <p>10.3. Despedir-se do paciente e familiares cordialmente, reforçando a continuidade do tratamento.</p>

**Quadro 3** – Estratégias de consultas de enfermagem referente ao atendimento nº 5 no ambulatório, relativo ao sexto mês após a cirurgia. Fortaleza, CE, 2007.

Para melhor visualização do PCE, elaborou-se um diagrama, com os seguintes elementos: fatores de risco da DAC modificáveis e comportamentos individuais de minimização ou, pelo menos, de controle desses fatores (Figura 1).

Este diagrama foi construído a partir da identificação dos fatores de risco modificáveis da DAC e dos comportamentos humanos favoráveis para controlar, minimizar ou prevenir o surgimento destes fatores.



**Figura 1** – Diagrama de condutas comportamentais para controle dos fatores de risco modificáveis e controláveis da doença arterial coronariana (DAC).

O diagrama da DAC deve ser analisado do interior para o exterior. No interior estão apresentados os fatores de risco para DAC: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Estes fatores são comportamentais e estão inter-relacionados. São decorrentes de hábitos de vida inadequados, como dieta hiperlipídica, hipersódica e hipercalórica, falta de exercício físico, estresse, fumo, bebidas alcoólicas, uso incorreto ou mesmo não utilização dos medicamentos, dentre outros. Tais fatores podem ser minimizados ou evitados com mudanças comportamentais, listadas na linha mais externa do diagrama, como: alimentação balanceada, controle do estresse, abstinência do tabagismo e etilismo, exercício físico e uso de medicamentos conforme prescrição médica.

### Recursos e técnicas utilizadas na operacionalização do PCE

Durante a CE, o enfermeiro-pesquisador enfatizava promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o paciente como sujeito de suas ações. Porém, simultaneamente, enfermeiro e paciente buscavam identificar os problemas e priorizar sua resolubilidade.

Para o seguimento do protocolo foram estabelecidos recursos e técnicas de avaliação dos pacientes na consulta de enfermagem. Para tanto, o protocolo inicia-se com o levantamento de pro-

blemas, por ser o início do relacionamento enfermeiro-paciente. É a fase de coleta de informações sobre a situação de saúde, na busca de evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que contribuam para problemas de saúde. Com esta finalidade, o instrumento contemplou os 13 domínios de enfermagem propostos pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*<sup>(7)</sup>, além do exame físico.

Para o levantamento dos problemas foi utilizada a entrevista, por possibilitar a coleta de dados precisos e completos sobre o estado de saúde da pessoa<sup>(8)</sup>. Ela foi realizada em ambiente apropriado, tranquilo e confidencial, espontaneamente. Quanto ao exame físico, para sua realização foram utilizados os métodos propedêuticos, quais sejam: inspeção, palpação, percussão e ausculta, no sentido céfalo-caudal, além da verificação dos sinais vitais<sup>(8,9)</sup>.

Dos sinais vitais, salientou-se a pressão arterial (PA), por se tratar de um indicador de avaliação deste estudo. Para medi-la foi utilizado um esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, variando de 0 a 300 mmHg, e estetoscópio. A técnica adotada seguiu as recomendações da *American Heart Association*<sup>(10)</sup>.

No momento inicial do estudo, considerou-se o paciente com hipertensão arterial aquele que tinha diagnóstico médico estabelecido. E nas avaliações posteriores, foi utilizado como indicador de pressão arterial não controlada o que apresentasse PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg<sup>(10)</sup>.

Os indicadores de avaliação dos dados antropométricos seguiram os parâmetros recomendados pela literatura<sup>(8,9)</sup>, sendo verificados peso e estatura para análise do índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura e quadril (RCQ).

Para verificação de peso e estatura, utilizou-se balança antropométrica digital com variação de 1 a 150 kg, graduado de 100 em 100 g. A estatura foi mensurada com a régua antropométrica, existente na referida balança, medindo até 2m com graduação de 0,5cm. Para mensuração dessas medidas, o paciente foi orientado a subir na balança descalço, mantendo-se de pé, com pés juntos e voltados para frente, ombros relaxados e braços ao longo do corpo.

O indicador mais usado para avaliação do peso em relação à altura foi proposto por Quetelet, e é conhecido por índice de massa corporal (IMC), calculado pela fórmula: peso (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Os valores de referência são: baixo peso (IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>), normal (IMC de 20 a 24,99 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC de 25 a 29,99 kg/m<sup>2</sup>), obesidade (IMC de 30 a 39,99 kg/m<sup>2</sup>), obesidade grave (IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>)<sup>(8,9)</sup>.

Verificou-se, ainda, a CC, que foi medida com fita métrica inelástica, numerada até 150 cm, com definição de medida de 0,1 cm. O participante ficava na posição ortostática, com o mínimo de roupa possível, e a fita era colocada na distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca<sup>(8)</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os riscos de complicações metabólicas estão aumentados quando a CC é superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres e muito aumentados quando superior a 102 cm e 88 cm, respectivamente<sup>(11)</sup>. Porém, há autores que consideram a CC normal em homens até 102 cm e em mulheres até 88 cm<sup>(9)</sup>.

Para a constatação do tipo de obesidade andróide ou ginecóide, utilizou-se a relação cintura/quadril, obtida pela divisão da circunferência da cintura abdominal pela circunferência do quadril do paciente. A verificação da CC, num ponto médio entre o final dos arcos costais, e a do quadril (Q) ao nível das cristas ilíacas. Os valores de referência de normalidade são os seguintes: homens (RCQ < 0,9) e mulheres (RCQ < 0,8). É aceito que existe risco metabólico quando a relação cintura-quadril é maior do que 0,9 no homem e 0,8 na mulher<sup>(9)</sup>.

Quanto aos exames bioquímicos, foram realizados na própria instituição e o sangue foi colhido pelos técnicos de laboratório. Todos foram orientados ao jejum por doze horas antes da coleta do sangue. Foram realizadas dosagens de colesterol total, triglicerídeos e glicemia.

Foi considerada dislipidemia a hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total e/ou da fração LDL-colesterol), hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicerídeos), hiperlipidemia mista (aumento do colesterol total e triglicerídeos) e diminuição isolada do HDL-colesterol ou associada a aumento de triglicerídeos ou LDL-colesterol. Foi referência para diagnóstico de dislipidemias: colesterol total ≥ 200mg/dl; LDL-colesterol ≥ 160mg/dl; HDL-colesterol < 40mg/dl; triglicerídeos ≥ 150mg/dl<sup>(12,13)</sup>.

A glicemia foi realizada em jejum - sem ingestão calórica por, no mínimo, 8 horas. Foi considerado glicemia normal < 100 mg/dl, tolerância a glicose diminuída > 100 a < 126 mg/dl, e diabetes *mellitus* ≥ 126 mg/dl<sup>(14)</sup>.

Para ser bem-sucedido, o tratamento medicamentoso deve seguir as recomendações das Diretrizes de Cirurgia de Revascularização Miocárdica<sup>(15)</sup>, as quais são: ácido acetil salicílico (AAS) (100-325mg/dia), iniciando nas primeiras 24h de pós-operatório e mantido indefinidamente, e em caso de intolerância ao AAS, é indicado ticlopidina 250mg/dia; inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), em todos os pacientes com DAC, diabéticos ou não, e/ou que apresentem disfunção sistólica ventricular; bloqueadores dos canais de cálcio, de segunda geração, por período de seis meses pós implante da artéria radial; e estatina infinitamente em dislipêmicos. As orientações medicamentosas foram realizadas de acordo com as prescrições médicas. Contudo, as não-medicamentosas seguiram tanto as últimas recomendações das Diretrizes<sup>(10)</sup>, quanto as de diversos estudos sobre doenças cardiovasculares<sup>(1,5,13,15,16)</sup>.

O tratamento deve ser implementado em todos os pacientes. Cada um deve receber antiplaquetário e estatina, independentemente do nível de colesterol<sup>(17)</sup>.

Quanto ao estilo de vida, devem-se seguir as recomendações: 1) manter o peso corporal na faixa normal do IMC; 2) padrão alimentar saudável (consumir: alimentos com baixa densidade calórica; dieta rica em frutas e vegetais; dieta hipolipídica, hipoglicídica (se for diabético); comidas *lights*

e fibras; baixo teor de gorduras saturadas e totais); 3) reduzir a ingestão de sódio para não mais de 6g sal/dia (4 colheres de café rasas de sal = 4g + 2g de sal próprio dos alimentos); dieta hipossódica, no caso de hipertensão ou disfunção de ventrículo esquerdo; 4) habituar-se ao exercício físico regular (Ex.: caminhadas contínuas); enfatizar o aumento progressivo dos exercícios, iniciando por 10 minutos diários e aumentar cinco minutos por semana até pelo menos 30 min/dia, 3-5 vezes/semana; Prescrever hidroginástica, ioga ou relaxamento de acordo com a capacidade funcional; 5) abstinência do etilismo (embora seja recomendado reduzir consumo a 30g/dia (homens), 15g/dia (mulheres), optou-se por aconselhar o abandono do etilismo); 6) abstinência do cigarro (observar o controle do peso); 7) controlar o estresse emocional (abordar aspectos psicossociais e emocionais relacionados à cirurgia e controle pós-operatório, pois ajuda na adesão à terapêutica)<sup>(10,15)</sup>.

## CONCLUSÕES

A CE ao paciente submetido à RM foi fundamental. Contudo, acredita-se que a obtenção de resultados satisfatórios só foi possível em virtude da utilização do PCE, o qual possibilitou uma avaliação sistemática do paciente, pois foram levantadas seus reais problemas para o planejamento e realização de intervenções de enfermagem, estabelecendo prioridades na adoção de medidas, principalmente, das que envolvam mudanças de comportamento, hábitos e estilo de vida.

O estudo foi aplicado em unidade ambulatorial. Contudo, desenvolvido para aplicação em qualquer ambiente adequado, tais como: ambulatório de cardiologia, público ou privado; unidade de saúde com atendimento ao paciente após RM.

O PCE foi testado com pacientes adultos e idosos de ambos os sexos que realizaram RM, sendo constatada sua eficácia nas mudanças comportamentais do estilo de vida dos pacientes, tais como melhoria na qualidade da dieta; adesão à prática de exercício físico; e redução/abstinência do tabagismo e de bebidas alcoólicas. Tais mudanças comportamentais foram positivas para redução de fatores de risco e, conseqüentemente, para minimização de complicações cardiovasculares.

Contudo, recomenda-se que as avaliações sejam periódicas e sucessivas, e permitam comparação precisa no progresso do paciente, determinan-

do se houve evolução positiva ou negativa. Dessa forma, é possível modificar o protocolo, adequando-o à realidade do paciente.

Essa abordagem individualizada, pela consulta de enfermagem, para o cuidado com o paciente, requer dos enfermeiros o emprego de seu tempo, conhecimento, competência e planejamento para melhorar a qualidade da assistência e obter resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde do paciente.

## REFERÊNCIAS

- 1 Castro LCV, Franceschini SCC, Priore SE, Pelúzio MCG. Nutrition and cardiovascular diseases: the risk markers in adults. Rev Nutr. 2004;17(3):369-77.
- 2 D'Alencar ER, Lima MMR, Mendonça PML, Custódio IL, D'Alencar BP, Lima FET. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. Rev Rene. 2010;11(1):172-80.
- 3 Lima FET. A prática do autocuidado após revascularização do miocárdio [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2002.
- 4 Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 41-56.
- 5 Doença crônica. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 153-64.
- 6 Lima FET. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
- 7 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 8 Jarvis C. Exame físico e avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 9 Porto CC. Semiologia médica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- 10 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipertens. 2010;17(1):7-60.



- 11 World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva; 1998.
- 12 World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995.
- 13 III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2001;77(Supl 3):1-48.
- 14 Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes *mellitus*: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo; 2008.
- 15 Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica, valvopatias e doenças da aorta. Arq Bras Cardiol. 2004;82(Supl 5):1-20.
- 16 Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-52.
- 17 Florenzano UF. Opciones terapéuticas en enfermedad coronaria. Rev Méd Clín Condes. 2009;20(3):336-9.

---

**Endereço da autora / Dirección del autor /  
Author's address:**

Francisca Elisângela Teixeira Lima  
Av. dos Expedicionários, 3406, ap. 1203, Bl. 1, Benfica  
60410-410, Fortaleza, CE  
*E-mail:* [felisangela@yahoo.com.br](mailto:felisangela@yahoo.com.br)

Recebido em: 24/05/2010  
Aprovado em: 16/08/2010