

NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Avaliação de uma abordagem da prática

Joséte Luzia Leite¹
Denise de Assis Corrêa²
Creusa Selma R. Fernandes³

LEITE, J. L. et alii. Necessidades e expectativas do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca – avaliação de uma abordagem da prática. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 238-243, jul./dez. 1985.

RESUMO. As autoras, mediante observação em trinta pacientes em pós-operatório de Cirurgia Cardíaca, procuraram identificar as expectativas e necessidades dos mesmos ao tempo em que analisaram a assistência prestada pelo enfermeiro. A partir de suas experiências como docente e enfermeiras, avaliaram a prática profissional voltadas principalmente para aquelas necessidades identificadas.

ABSTRACT. The authors have observed thirty patients in post-operating cardiac surgery in order to identify their expectations and needs, analysing simultaneously the nurse attendance. By their experience as teacher and nurses, the professional practice was studied according to those identified needs.

INTRODUÇÃO

Desde os primeiros tempos da história, o homem tem enfrentado o problema de reparar cirurgicamente as lesões e enfermidades do coração humano. Os documentos escritos mais antigos descrevem a fascinação, o temor e a preocupação que tem enfrentado o homem por este órgão.

Até muito recentemente, acreditava-se que operar o coração significava morte certa para o paciente. Porém, durante as três últimas décadas, têm-se registrado mudanças e progressos extraordinários no campo da cirurgia cardíaca. A descoberta de provas diagnósticas mais complexas, a criação de métodos mais seguros para administração de anestesia e o advento de um aparelho artificial capaz de substituir temporariamente o cora-

ção humano e os pulmões são importantes fatores contribuintes. A isto se somam os conhecimentos acumulados e as técnicas adquiridas por muitos cientistas dedicados à investigação, o que possibilitou a correção de muitas afecções patológicas que acarretavam vida inútil ou morte certa para os enfermos.

As cirurgias cardíacas, raras há algum tempo, são hoje sistematicamente praticadas, em grande número, nas diversas instituições hospitalares.

Cabe no entanto ressaltar que, ainda que os cardiopatas devido à grande evolução da cirurgia cardíaca, possam ser considerados enfermos basicamente semelhantes a outros submetidos à cirurgia, tratam-se geralmente de indivíduos bastante graves que, por isto, necessitam de cuidados especiais e tratamento muito preciso. Cabe à enfermei-

¹ Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da UNI-Rio.

² Enfermeira do Centro de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cirurgia Cardíaca – Hospital dos Servidores do Estado – INAMPS.

³ Enfermeira do Instituto de Cardiologia – INAMPS.

ra uma grande parcela destes cuidados a fim de satisfazer o máximo possível as necessidades individuais físicas, psíquicas e sociais, visando proporcionar uma assistência eficaz e eficiente assim como a reabilitação.

O objetivo deste trabalho é descrever uma experiência onde as autoras procuraram identificar as necessidades e expectativas do paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca e, a partir da observação desses pacientes, avaliar a prática profissional voltada para aquelas necessidades.

METODOLOGIA

O estudo realizou-se em uma unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram observados trinta pacientes de ambos os sexos além das enfermeiras que atuam e atuaram nesta unidade, na assistência aos pacientes.

Foram também verificadas as atividades que são próprias do enfermeiro, destacando-se a assistência de enfermagem e a coordenação dessa assistência. Para a coleta de dados, utilizou-se o *check list* e observaram-se as necessidades apresentadas pelos pacientes nas primeiras 24h de pós-operatório.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

QUADRO 1 – Distribuição dos pacientes segundo sexo, idade e permanência no pós-operatório

Paciente	Sexo	Idade	Pós-operatório
15	M	2 – 62	24h
15	F	9 – 65	24h

Verifica-se, pelo Quadro 1, que todos os pacientes permaneceram na unidade apenas 24 h.

O pós-operatório imediato de um operado em cirurgia cardíaca constitui um desafio para a equipe de enfermagem porque a vigilância deve ser contínua, a fim de detectar precocemente qualquer anormalidade. As necessidades do paciente devem ser antecipadas e a assistência de enfermagem ajustada prioritariamente a essas necessidades.

Ao chegar à unidade de pós-operatório, o paciente é colocado, no leito, em decúbito dorsal e todos os cateteres e tubos são conectados. Os sinais vitais devem ser monitorizados: pressão arterial esquerda (PAE), pressão venosa central (PVC), as pressões média e em cunha da artéria pulmonar e

a pressão arterial. Observa-se, com rigor, as drenagens, e a qualquer alteração detectada tomar as devidas providências. Assim, toda a assistência de enfermagem é orientada tendo em vista as necessidades afetadas.

NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

QUADRO 2 – Distribuição das necessidades fisiológicas apresentadas pelos pacientes nas primeiras 24h pós-operatórias

Pacientes	
Necessidades	Nº
Nutricionais	13
Eliminação urinária	16
Evacuação	13
Líquidos e eletrólitos	30
Oxigênio	30
Regulação da temperatura	28
Repouso e Sono	30
Alívio da dor	30
Movimento e exercício	16
Higiene e conforto	30

Das necessidades apresentadas pelos pacientes, verifica-se no Quadro 2 que, dos trinta observados, as necessidades fisiológicas mais evidenciadas são as de oxigênio, higiene, conforto, repouso e sono, alívio da dor e manutenção do equilíbrio líquido eletrolítico; em seguida, regulação da temperatura, eliminação urinária, movimento e exercício e, finalmente, nutricionais e evacuação.

OXIGENAÇÃO

Em relação à oxigenação, é importante enfatizar a oxigenação tecidual adequada – A extubação endotraqueal com assistência ventilatória deve permanecer, no período pós-operatório, de oito a quarenta e oito horas, dependendo dos resultados das gasometrias. A permeabilidade do tubo endotraqueal deve ser avaliada e mantida pela enfermeira. Para tal, ela se utiliza do suspiro do ventilador ou do Ambu com oxigênio antes e depois de aspirar. A fim de reduzir o acúmulo das secreções, deve-se aspirar freqüentemente. A mudança de posição também proporciona melhor ventilação e perfusão pulmonar. Objetivando a abertura dos alvéolos, a enfermeira deve incentivar a respiração profunda e a tosse não se esquecendo do

suporte para a incisão operatória. A extubação espontânea é evidenciada quando o paciente “engasga-se” ou “briga” com o respirador. O volume corrente adequado, a tolerância de O₂ com umidificação e gasometria arterial adequada também indicam possibilidade de extubação, o que pode acontecer até 6h após a cirurgia. Observa-se que os tecidos do organismo necessitam de um suprimento adequado de oxigênio e que é fundamental a atuação da enfermeira.

HIGIENE E CONFORTO; SONO E REPOUSO

De uma forma geral, o conforto tem sido definido como “um estado de comodidade ou bem-estar”. Quando uma pessoa está confortável, ela está à vontade consigo mesmo e com seu ambiente. O repouso é sinônimo de descanso ou relaxamento e implica estar livre tanto de tensões emocionais como de desconforto físico. O sono é um período de diminuição da vigilância mental e da atividade física, que faz parte do padrão rítmico diário de todos os seres vivos.

Os desconfortos físicos podem provocar tensões emocionais e interferir no equilíbrio psicossocial da pessoa; sendo assim, a enfermagem deverá propiciar meios com os quais o paciente fique o mais confortável possível.

O sono é uma parte essencial da vida e consome aproximadamente um terço da mesma. Verifica-se, também, que o sono é essencial para o crescimento e o reparo dos tecidos corporais.

A interferência nos hábitos de deitar tende a causar um distúrbio nos padrões de sono. Geralmente as pessoas possuem um modo de deitar-se e com a cirurgia ocorre dificuldade em posicionar-se, cabendo à enfermeira proporcionar o conforto necessário. Entretanto, o problema mais comum que a enfermeira enfrenta na assistência a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca é a incapacidade de realizarem a sua própria higiene; em assim sendo, a manutenção da higiene como ele desejaria, de forma a promover a saúde adequada, deve ser garantida pela enfermeira.

Os problemas advindos da falta de higiene são inúmeros: odores desagradáveis, devido à má higiene dos cabelos, da pele e dos dentes, o que o incomoda física e mentalmente.

A má higiene da pele favorece as áreas de pressão podendo lesá-la, o que torna o paciente vulnerável à infecção.

A não higiene oral causa gengivites e a posterior infecção além de levar à má nutrição porque diminui a capacidade sensitiva das papilas gustativas.

Portanto, deve-se manter a boa higiene no que diz respeito a banhos, higiene oral, cuidado com os cabelos, unhas e integridade da pele, cabendo à enfermeira realizar ou coordenar estes cuidados.

ALÍVIO DA DOR

Foi considerada necessidade afetada o “alívio da dor”. A observação e atenção por parte da enfermeira para as expressões verbais e não verbais de dor do paciente são essenciais. A dor profunda pode não se refletir na área imediata da lesão, porém em uma área difusa mais ampla. Os pacientes após cirurgia cardíaca sentem dor causada pelo rompimento dos nervos intercostais ao longo da incisão e pela irritação da pleura pelos cateteres torácicos; no entanto, a dor da incisão precisa ser diferenciada da dor anginóide. Eles devem ser medicados na frequência prescrita para reduzir a intensidade da dor e para auxiliá-los nos exercícios respiratórios. A dor produz tensão que poderá estimular o sistema nervoso central e liberar adrenalina, fazendo dessa forma constrição das arteríolas e influenciando a tensão arterial e a frequência cardíaca. A administração de narcóticos alivia a ansiedade e a dor e induz ao sono, diminui o metabolismo e reduz a necessidade de oxigênio. Também foi evidenciada, dos 30 pacientes observados, a necessidade de manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico.

MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO

A enfermeira deve estar atenta a revisar a ingesta e o débito e instituir a terapêutica de reposição. Devem-se utilizar impressos especiais para determinar um balanço hídrico positivo ou negativo.

Todos os líquidos intravenosos, incluindo as soluções para lavar os cateteres arteriais e venosos, assim como a sonda nasogástrica devem ser considerados como ingesta.

Avalia-se o estado de hidratação do indivíduo através de: PVC atrial direita e de veia cava; peso corporal, valores dos eletrólitos; hematócrito; distensão das veias do pescoço; edema tecidual; tamanho do fígado; murmúrio respiratório (esteriores, sibilos).

Os tubos de drenagem do tórax proporcionam uma via para a evacuação de sangue e ar da cavidade pleural, sendo essencial uma estimativa precisa da drenagem do tubo torácico no período pós-operatório imediato. A drenagem sanguinolenta não deve ultrapassar 200ml/h nas primeiras quatro a seis horas.

A enfermeira deve ficar alerta para alterações nos eletrólitos plasmáticos, relatar essas alterações imediatamente e instituir o tratamento prescrito.

Hipopotassemia – pode ser causada por ingestão inadequada, diuréticos, vômitos, diarreia, drenagem nasogástrica excessiva, stress causado pela cirurgia. Deve-se observar os efeitos da baixa de K^+ , intoxicação digitalica, arritmias, alcalose metabólica, enfraquecimento do miocárdio e parada cardíaca. Alteração específica do ECG-onda U com mais de 1mm de altura e ondas T achatadas ou invertidas e baixa voltagem.

Hiperpotassemia – pode ser causada por ingestão aumentada, destruição de hemácias causada pela bomba, acidose, insuficiência renal, necrose tecidual e insuficiência do córtex suprarenal. O paciente pode manifestar confusão mental, agitação, náusea, fraqueza e parestesia das extremidades. Alterações específicas do ECG: ondas T espiculadas altas, amplitude aumentada e alargamento do complexo QRS e um intervalo Q - T prolongado.

Hiponatremia (mais comum nas cirurgias cardíacas) – pode resultar de uma redução do sódio orgânico total ou diminuição na ingestão hídrica, o que determina diluição do sódio no organismo. Os sintomas de hiponatremia observados no paciente são fraqueza, fadiga, confusão, convulsões e coma.

Hipocalcemia é causada por alcalose – a qual reduz a quantidade de cálcio no líquido extracelular – e por múltiplas transfusões de sangue. Em grandes quantidades de sangue citratado, o nível de Ca^{++} ionizado diminui, uma vez que uma parte do citrato liga-se ao cálcio. O paciente apresenta formigamento e parestesia nas extremidades dos dedos e artelhos, orelhas e nariz, espasmo carpo-pedal, câimbras musculares e tetania.

Quanto à hipercalcemia, causa arritmias que simulam intoxicação digitalica. Ca^{++} potencializa o digital. A enfermeira deve estar alerta aos sinais de intoxicação digitalica que podem levar à assístolia e à morte.

A hipopotassemia e hiperpotassemia são desequilíbrios comuns após a cirurgia cardíaca. Os ele-

trólitos devem ser verificados freqüentemente. Nos casos de hipopotassemia deve-se corrigir imediatamente, uma vez que poderá causar irritabilidade e intoxicação digitalica. A hiponatremia é quase sempre de origem dilucional nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Na diarreia, líquidos e eletrólitos são perdidos por causa da hipersecreção de muco, devida à irritação da mucosa e por causa da falta da reabsorção pelo intestino dos líquidos ingeridos e líquidos secretados no intestino. A diarreia severa causa a depleção do potássio do organismo e baixa o teor de cloreto de sódio. O efeito inicial desta perda de eletrólitos é a acidose que se deve à perda de bases.

Quando líquidos são perdidos pelo suor, há também uma perda de cloreto de sódio; se a perda for grande (durante a febre por exemplo, onde há uma excessiva sudorese) faz-se necessária a reposição do sal.

Os vômitos prolongados podem causar severa depleção de sódio assim como a perda de íons cloreto também. As reservas orgânicas de potássio também diminuem. A aspiração gástrica retira ácido clorídrico e líquidos. As lavagens gástricas são capazes de causar séria depleção das reservas dos íons cloretos, em particular se executadas com água pura em vez de soro fisiológico.

EVACUAÇÃO

É interessante ressaltar que um grande número de fatores pode afetar o funcionamento do intestino. Entre eles, merecem destaque: os alimentos que o paciente ingere, os líquidos que ele consome, o estilo de vida do paciente, a prolongada inatividade, algumas medicações, a ansiedade e o stress. Estes fatores são capazes de aumentar ou diminuir a motilidade intestinal.

O paciente impedido de deambular tem dificuldade de usar a comadre. A enfermeira deverá explicar a necessidade de tal procedimento, procurará colocá-lo em posição confortável, nunca esquecendo da privacidade do cliente.

São encontrados problemas de disfunção intestinal como constipação, diarreia, flatulência, dor e desconforto no ato da eliminação e impactação das fezes.

O controle do volume das fezes eliminadas é importante porque permite a reposição das perdas de maneira adequada, corrigindo as alterações fisiológicas decorrentes principalmente da desidratação e do desequilíbrio salino.

ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Em condições de boa saúde ocorre certo número de fatores que podem afetar o volume do débito urinário e o padrão da micção, assim como as características da urina excretada. Além dos fatores normais que afetam a eliminação urinária, um número de condições anormais determina a disfunção do sistema urinário. A infecção representa uma das causas mais comuns de distúrbios urinários.

A oligúria é comum nos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, os quais podem apresentar débitos cardíacos baixos e que, devido à agressão do procedimento cirúrgico, apresentam um ambiente hormonal fortemente diurético. Essa oligúria ocorre quando os túbulos renais precisam processar derivados metabólicos oriundos da cirurgia e a hemoglobina livre da perfusão. É importante manter um débito urinário adequado pelo menos 20ml/h (adultos) para se evitar a lesão tubular.

Após a retirada da sonda vesical, alguns pacientes apresentam retenção urinária. Para evitar que isso aconteça, deve-se fazer a reeducação da bexiga realizando o desmame do catéter vesical.

A orientação do paciente no pré-operatório quanto ao uso do catéter vesical e quanto à necessidade de urinar deitado ou sentado no leito, usando o "patinho" ou a "comadre", irá favorecer um bom funcionamento das eliminações urinárias.

Os diuréticos de ação rápida e/ou as drogas inotrópicas (digital, isoprotenerol) podem ser utilizados para aumentar o débito cardíaco e o fluxo sanguíneo renal.

NUTRICIONAIS

Além de preencher uma necessidade fisiológica básica, o alimento pode ajudar também a satisfazer uma ou mais das muitas outras necessidades de um indivíduo. Reconhece-se, no entanto, que o alimento está estreitamente relacionado a sentimentos de segurança e em consequência de hábitos alimentares.

Qualquer fator que interfira na capacidade do organismo em reter, absorver, armazenar, utilizar ou excretar nutrientes vai afetar o estado nutricional da pessoa.

Nas primeiras vinte e quatro horas de pós-operatório a dieta do paciente é "zero" e isso, muitas vezes, causa ansiedade no paciente que tem

fome; há necessidade, portanto, de uma boa orientação pela enfermeira, explicando-lhe porque não pode se alimentar procurando aliviar sua sede com gase umedecida em água.

O tubo traqueal muitas vezes irrita a mucosa orofaríngea e isso faz com que os pacientes recusem a alimentação por sentirem dor ao deglutir; deve-se, então, estimular a ingestão, procurando oferecer alimentos do agrado do paciente e mostrando-lhe a necessidade do mesmo na sua recuperação.

REGULAÇÃO DA TEMPERATURA

Destaca-se, ainda, em um número considerado de pacientes.

O *by pass* cardiopulmonar pode provocar elevações de até 40°C, porém a elevação da temperatura também poderá ser devido a complicações pulmonares. O paciente, geralmente, está em vasoconstricção e com tremores ao retornar da S.O., caso tenha sido utilizada a hipotermia durante o *by pass* coronariano. Neste caso, a enfermeira deve aquecer bem o paciente com cobertores. À medida que a temperatura vai-se elevando, os cobertores serão retirados gradativamente.

O stress cirúrgico também poderá causar elevação da temperatura nas primeiras 12 horas de pós-operatório. Se após 24h de operado o paciente apresenta elevação de temperatura, já se poderá pensar em presença de infecção.

A elevação de temperatura irá favorecer a perda de líquidos e eletrólitos pelas perdas insensíveis — sudorese, perspiração —, havendo necessidade de reposição.

Compete à enfermeira participar de um programa diário de:

MOVIMENTOS E EXERCÍCIOS

A fim de encorajar o operado, os movimentos e exercícios, nestes pacientes, são benéficos porque aumentam o débito cardíaco e o fluxo sanguíneo coronariano.

As medidas preventivas da embolização devem ser iniciadas precocemente. A enfermeira deve estimular o uso de meias elásticas, desencorajar a posição com pernas cruzadas, retirar travesseiros do espaço poplíteo e iniciar exercícios passivos e ativos, promovendo assim a circulação e impedindo a perda do tônus muscular.

A assistência de enfermagem segura e eficaz deverá estar atenta aos sintomas de embolização.

São da responsabilidade da enfermeira, também, os exercícios de inspiração profunda e tosse que ajudam a remover secreções evitando complicações pulmonares.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

QUADRO 3 – Distribuição das necessidades psicossociais apresentadas pelos pacientes nas primeiras 24h pós-operatórias

Pacientes	
Necessidades	Nº
Segurança	25
Auto-estima	15
Controle e prevenção de infecção	30

No Quadro 3, verifica-se que nos trinta pacientes observados evidenciou-se manifestação das necessidades de segurança, auto-estima e do controle e prevenção de infecção.

Geralmente, estes pacientes necessitam de incentivo e suporte emocional da enfermeira porque eles têm medo de realizar determinadas atividades, têm medo da morte e acham que não voltam mais ao emprego.

Hoje, os hospitais enfrentam, em maior proporção que em outras épocas, o grave problema da infecção que tem causado sérios riscos para os clientes, levando-os às vezes a maior permanência nestas instituições. Acredita-se ser esta a razão porque a infecção aparece na necessidade psicossocial.

EXPECTATIVAS DO PACIENTE

Destaca-se, neste estudo, as expectativas dos pacientes (vinte e seis). Dos trinta, três eram crianças menores de 9 anos, e uma sobreviveu somente até o 3º dia de pós-operatório. Através de entrevistas durante a convalescença, obteve-se o que mostra o Quadro 4.

A enfermeira, em seu relacionamento com o paciente, irá ajudá-lo a diminuir o seu nível de ansiedade e outras expectativas manifestas. Em geral, constata-se um elevado nível de frustração, medo, desânimo, sentimento de incapacidade e insegurança. Ao que se apresenta no Quadro 4, observa-se que todos têm medo de morrer, de não conseguirem voltar ao trabalho, realizar exercício, medo de outra cirurgia e também de não realizar ativida-

QUADRO 4

Expectativas	Pacientes	Nº Sexo	
		M	F
Sobrevida	13	13	
Volta ao trabalho	20	6	
Vida sexual	22	4	
Exercício	21	5	
Cicatriz	5	15	
Anticoagulantes	—	12	
Tic-tac da válvula	—	10	
Nova cirurgia	13	13	

des sexuais. Considerou-se importante a preocupação com a auto-imagem, aqueles que acham a cicatriz operatória feia, grande ou um possível quelóide. É de valor incalculável a ação da enfermeira para os pacientes que fazem uso da anticoagulantes. A maior preocupação é quanto a não poder engravidar. Instruções específicas devem ser dirigidas a esta clientela. Além de informar a necessidade de notificação em qualquer suspeita de gravidez, acrescenta-se o cuidado: com a hora de tomar o medicamento; de fazer uso de uma identificação com o anticoagulante que está sendo empregado; de orientar quanto às medicações que não podem ser tomadas; ensinar os sinais e sintomas de complicações.

Questionar com os pacientes quanto aos ruídos feitos pelas válvulas. Sabe-se que estes ruídos incomodam de uma maneira tal levando muitos ao suicídio. A enfermeira é a pessoa mais indicada para apoiá-los, orientá-los, enfim, avaliar as necessidades psicológicas desses pacientes, proporcionando-lhes todo o suporte emocional e incentivo de uma maneira firme e gentil.

ABORDAGEM DA PRÁTICA

CASTRO⁴, ao escrever sobre “reflexão sobre a prática de Enfermagem no Brasil e na América Latina”, afirma que “a função de um profissional se explica por meio das atividades que ele desenvolve. Assim o que importa não é o que ele sabe, ensina ou delega; o que importa é o que ele faz: o âmbito de sua ação autônoma, suas prerrogativas quanto ao exercício e às atividades que lhe são características”. Esta afirmativa é corroborada por CARVALHO³ quando enfatiza que a “prática resume o significado de uma profissão na sociedade, porque nela se consubstancia a realização do compromisso social o qual, sendo obrigatório e coleti-

vo, garante à profissão sua continuidade no tempo”.

A incorporação da moderna tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva, bem como nas Unidades de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca, fez com que a assistência de enfermagem, nessas unidades, seja altamente qualificada. Há uma utilização racional de enfermeiros e estes prestam assistência direta ao paciente, atendendo deste modo às necessidades e expectativas requeridas pelos mesmos. Como a assistência de enfermagem nessas unidades é regulada por Normas de Serviço, principalmente em se tratando de Hospitais da Previdência, a prescrição de enfermagem e a avaliação dos cuidados prestados são realizadas também, como rotina, pelos enfermeiros.

A situação e posição da enfermeira nas unidades observadas, refletem as quatro grandes funções da enfermeira: assistência, pesquisa, ensino e administração. É imprescindível, no entanto, afirmar-se que a tecnologia e o alto conhecimento não são utilizados, nestas unidades, para reduzir o papel do profissional mas, como em um momento feliz afirma PAIM¹²: “Quanto menos preocupados estivermos em fazer uso de tecnologias, mais estaremos livres intelectualmente para chegarmos a expressões simplificadas do saber cuidar em Saúde, sobretudo se entendermos de nossa responsabilidade em difundir este saber, a ponto de que a ele tenha acesso tanto quanto possível, toda a população”.

CONCLUSÃO

A enfermeira, na unidade estudada, preocupava-se não apenas com o conforto físico mas também com as necessidades e expectativas do paciente, ajudando-o a enfrentar o stress e a ansiedade que o acompanha e a restaurar a saúde. Ao executar as suas responsabilidades, essas enfermeiras ajudam o paciente e a família a promoverem a saúde e a prevenirem outras enfermidades.

As enfermeiras da unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca demonstram que são capazes de efetuar esforços no sentido de que o paciente obtenha a recuperação em tempo hábil e, conseqüentemente, o mais elevado nível de saúde. É, portanto, um exemplo a ser seguido por outras enfermeiras que, como a saudosa Dra. Wanda, dizem: “enfermeira é gente que cuida da gente”.

LEITE, J. L. et alii. Pest-operating cardiac surgery: Patient expectations and needs – practical approach evaluation. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 38(3/4): 238-244, July/Dec. 1985.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BROWN, L. E. *Nuevas dimensiones em el cuidado de los pacientes*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1971.
2. CARVALHO, V. A relação de ajuda e a totalidade da política de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32. Brasília, 1 a 7 de junho de 1980. *Anais...* Brasília, ABEn, 1980. p. 65-72.
3. ——— & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática da enfermagem, In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. *Anais...* Fortaleza, ABEn, 1979. p. 51-9.
4. CASTRO, I.B. et alii. Reflexões sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina; implicações educacionais. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 35 (3/4): 185-91, jul./dez. 1982.
5. DI LASCIO, C.M.D.S. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectivas de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34., Porto Alegre, 24 a 29 de outubro de 1982. *Anais...* Porto Alegre, ABEn, 1982. p. 53-60.
6. DU GAS, C.W. & DYMOND, B. M. D. G. *Enfermagem prática*. 4. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984..
7. LEITE, J.L. *Assistência de enfermagem em cirurgia cardíaca – alterações de comportamento no pós-operatório*. Rio de Janeiro, 1975. Tese (livre Docência) – FEFIEG. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
8. ———. Importância da orientação no pré-operatório de cirurgia cardíaca. In: JORNADA BAHIANA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, 1. Salvador, 1978. 15 p. mimeografado.
9. ———. A relação de ajuda a um grupo de clientes com problemas de locomoção. *Rev. Bras. Inf.*, Brasília, 34 (3/4): 211-23, jul./dez. 1981.
10. ———. Enfermagem a nível secundário e terciário em instituições de saúde. In: CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM EPB – FORUM DE CIÊNCIAS E CULTURA, 15. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1985. 60 p.
11. OLIVEIRA, M.I.R. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. *Anais...* Fortaleza, ABEn, 1979. p. 9-26.
12. PAIM, L. Questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979. *Anais...* Fortaleza, ABEn, 1979. p. 61-9.
13. PATERSON, C. *A predicative study of adjustment cardiac surgery*. Boston, 1970.