

**FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA**  
**ANO I – DEZEMBRO DE 2015.1**  
**JOÃO PESSOA - PARAÍBA**

**CADERNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO**

# **FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA**

## **DIRETOR**

Elzir Pontes de Miranda

## **VICE DIRETORA**

Rosana Maria Vital de Miranda

## **COORDENADORA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Maria Sônia Oliveira de Araújo

## **COORDENADORA ADJUNTA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Maria Iracema Tabosa da Silva

## **ASSESSOR PEDAGÓGICO**

Francisco Guerra

F128c

FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA

Caderno de Iniciação Científica e Extensão. Organizadora. Maria Iracema Tabosa da Silva. – João Pessoa: FESVIP, 2015.

Semestral

ISSNxxxxxxxx

1. Enfermagem. 2. Periódico. I. Título. II. Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula.

CDU 616-083

**FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA**  
**NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO**

**COORDENADORA DO NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO**

Maria Iracema Tabosa da Silva

**COLEGIADO**

Maria Sônia Oliveira de Araújo

Luciana Gomes Furtado

Hérica Paiva Felizmino

## APRESENTAÇÃO

A Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula/FESVIP criada em 16 de março de 2006 privilegia no processo ensino-aprendizagem a indissociabilidade das funções acadêmicas: ensino, pesquisa e extensão, evidenciando a transversalidade do conhecimento e a permanente capacitação na produção de conhecimentos.

Nesse sentido, foi implementado o Núcleo de Pesquisa e Extensão com os desafios iniciais de ofertar Projetos de Iniciação Científica e Extensão e dinamizar os eventos na FESVIP - Semana de Enfermagem e Encontros de Iniciação Científica e Extensão.

Nesses eventos, e conforme o Plano de Desenvolvimento Institucional da FESVIP estudantes e professores concebem a investigação como processo de trabalho e como princípio científico e pedagógico da formação do enfermeiro.

Esse processo ao lado das demais bases que conformam o curso de Graduação em Enfermagem da FESVIP consiste no desenvolvimento do estudante e do professor na busca pela produção de novos conhecimentos.

O 1º Caderno Científico da FESVIP é uma iniciativa de promover o Programa de Iniciação Científica e Extensão (PICE) na Faculdade e, neste número, divulgar os trabalhos pioneiros no Programa, graças ao espírito empreendedor dos professores orientadores e alunos bolsistas voluntários.

Do ano de 2007 a 2008 foram concluídos cinco estudos, vinculados à Iniciação Científica, relatando a pesquisa de campo desenvolvida em Unidades de Saúde da Família, hospital infantil da rede pública de saúde, domicílios e/ou ruas da cidade e diversos bairros onde são realizados encontros de Terapia Comunitária. Todos no município de João Pessoa.

No que diz respeito à Extensão, no mesmo período, foram desenvolvidos dois estudos, também em Unidades de Saúde da Família e comunidades carentes. Ambos por meio de visitas domiciliares privilegiaram técnicas de educação em saúde.

O nosso agradecimento especial a todos os orientadores e estudantes que estão fazendo o Programa de Iniciação Científica e Extensão da FESVIP.

Maria Iracema Tabosa da Silva

# HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA CARDÍACA

Adiana Batista Alves  
Emmanuella Costa de Azevedo Mello.

A cirurgia cardíaca é vista como principal meio terapêutico para pacientes com insuficiência cardíaca, onde vários temores o rodeiam, a falta de esclarecimento em relação ao procedimento que vai ser realizado, o medo da anestesia, o sentimento de vulnerabilidade, o medo do desconhecido, a própria patologia que lhe acomete e medo da morte. Analisar a assistência humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca. Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa do tipo exploratória descritiva realizada no Município de João Pessoa-PB, no Hospital Dom Rodrigo, com 11 enfermeiros do serviço. O cuidado humanizado reflete em uma assistência de qualidade, pois minimiza situações de estresse em torno do paciente. Entende-se que as estratégias ou ações humanizadas do perioperatório de cirurgia cardíaca são fundamentais na assistência hospitalar, com trabalho em conjunto considerando não só o paciente, mas também a sua família e o contexto no qual esses estão inseridos.

**DESCRITORES:** Enfermagem. Humanização. Peri operatório. Cirurgia Cardíaca.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem/FESVIP

<sup>2</sup>Orientadora Emmanuella Costa de Azevedo Mello

## 1 INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca é vista como principal meio terapêutico para paciente com insuficiência cardíaca, mas, a realização desses procedimentos nos remete ao fato da necessidade de hospitalização do indivíduo que o sofre, o qual por sua vez poderá apresentar agravo emocional devido ao fato de precisar ser submetido a um processo cirúrgico, e conseqüentemente a uma internação hospitalar. Desse modo, a equipe cuidadosa carece atender de maneira humanizada este cliente/usuário (GONÇALVES; PEREIRA; PEDROSA, 2011).

A cirurgia cardíaca é um procedimento muito agressivo ao paciente, no qual vários temores o rodeiam, a falta de esclarecimento em relação ao procedimento que vai ser realizado, o medo da anestesia, o sentimento de vulnerabilidade, o medo do desconhecido, a própria patologia que lhe acomete, medo da morte; a falta de humanização dos profissionais de saúde em tratá-lo como um procedimento e esquecer que esse paciente é uma pessoa que tem sentimentos, medos e inseguranças. O processo de humanização da enfermagem é um dos procedimentos de minimização desses temores no ato cirúrgico (SANTOS, 2008).

Atualmente os problemas cardíacos são responsáveis por 15 milhões de mortes no mundo, já no Brasil ocorrem cerca de 250 mil óbitos por ano, de maneira a tornar-se um problema de saúde pública. No entanto, essas patologias podem ser evitadas ou mantidas sobre controle, diminuindo seus principais fatores de risco, que são a obesidade, o tabagismo, a dislipidemia, diabetes, hipertensão arterial e o estresse (SANTOS, 2008).

A humanização surgiu por meios de iniciativas no cenário da saúde, principalmente no serviço público, onde a demanda detém maior quantidade sobre os serviços ofertados. Uma das principais suspeitas do início desses estudos tenha derivado da luta antimanicomial dentro do contexto da Saúde Mental, dentro do manifesto feminista da Saúde da Mulher, onde a partir dessas ações foram surgindo as “humanizadoras” dentro da rede de atendimento e dos ambientes médico-hospitalares (RIOS, 2009).

Através de uma equipe de enfermagem competente pode-se humanizar o atendimento durante o pré-operatório o transoperatório e o pós-operatório acompanhando-o desde o internamento do hospital até a alta hospitalar. Quando

realizamos uma assistência de enfermagem individualizada e humanizada mostramos ao paciente sua importância e que ele não vai enfrentar sozinho esse novo processo em sua vida e ajudando com diminuição da ansiedade no pré-operatório (BEDIN et al.,2010).

Humanizar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente, é suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente. A humanização da saúde pressupõe do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições com o propósito do atendimento ser humanizado, pois o cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, na capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro (BATISTA; VIEIRA; CARDOSO, 2008).

O interesse em buscar por um aprofundamento sobre a temática ocorreu mediante a experiência no convívio com o paciente e como paciente submetido a cirurgia cardíaca, como devido à crescente necessidade na construção de melhorias no atendimento e humanização em saúde, visto que o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) está em constante crescimento e aperfeiçoamento.

Como fator social de contribuição, a equipe de enfermagem deve participar da construção de um sistema de saúde único e igualitário para todas as classes sociais, melhorando as condições e conseqüentemente a qualidade no atendimento de enfermagem, e que esse atendimento seja cada vez mais humanizado, devendo ser compreendido que os pacientes apresentam diante de um procedimento cirúrgico medo, angústia e ansiedade. Portanto, se necessário a comunicação efetiva da equipe de enfermagem a cada cliente submetido à intervenção cirúrgica (PINHO,SANTOS,2008 ).

Segundo Oliveira, Moraes e Marques (2012), a boa recuperação não depende só do sucesso do evento cirúrgico, mas também do cuidado de enfermagem. Portanto, o enfermeiro carece auxiliar na reabilitação do indivíduo, por meio da educação em saúde na busca de uma assistência de qualidade em todas as fases da cirurgia cardíaca, de maneira a assistir de forma humanizada os usuários que buscam atendimentos em saúde. Assim essa pesquisa se propõe a contribuir para uma reflexão da assistência humanizada durante a cirurgia cardíaca.

Frente a isso, é necessário investigar qual a assistência humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca? Tendo em vista a responsabilidade e o compromisso de resgatar o cuidado humanizado e holístico para com o ser humano, pois a arte de cuidar é uma ação humanizadora que está engajada em sua essência.

## **1.1 OBJETIVO**

### **1.1.1 .1 Objetivo Geral**

- Analisar a assistência humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Humanização**

Desde tempo de Florence Nightingale, a enfermagem tem-se proposto assistir o paciente como ser biopsicossocial e espiritual. As teorias de enfermagem incorporadas ao meio acadêmico e a prática de enfermagem a partir da década de 1960, embora com pressupostos diferentes, apresentam enfoques para uma abordagem integral do paciente. Assim sendo, o enfermeiro tem à disposição bases teóricas para guiar suas ações de modo a oferecer uma assistência humanizada do paciente que se submete a um procedimento cirúrgico ( KIKUTI;TURRINN, 2005).

Para Rios (2009), a humanização aparece, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes dar uma olhada no que acontece no mundo contemporâneo. Nesse sentido, a humanização surge como aspecto de construção da ética relacional evidenciando os valores esquecidos das práticas de cuidado e atendimentos em saúde, além de trazer a discussão sobre seus conceitos e importância.

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (RIOS, 2009, p. 12).

“A humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a



dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação. O agir ético, neste ponto de vista, se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissional da saúde, tem o dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, seu modo de ser e pensar e agir no sentido do Bem... Claro que seria um ato de violência se, em nome da humanização, determinássemos quais os valores pessoais que cada um deve ter. Entretanto, na dimensão institucional, trata-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de

todos, com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo (RIOS, 2009, p. 13)”.

Assim, Segundo Rios (2009) para a consolidação da humanização, é necessária a participação da ética no processo de desenvolvimento das características holísticas que a humanização precisa para apontar as definições dos aspectos que englobam a humanização de forma a ampliar a visão e o conhecimento que ela pode trazer para o campo da saúde.

#### 2.1.1 Política Nacional Humanização da Assistência Hospitalar.

Para o Ministério da Saúde a legitimidade da temática ganha novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11a Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde (MS, 2000) no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (MS, 2000). Atualmente o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico provisoriamente intitulada “Humaniza Sus”.

Embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente. Ainda que haja longas filas de espera nos serviços

públicos ambulatoriais, para citar apenas um dos problemas, quando o ser humano necessita de hospitalização, encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento, o que se agrava com a falta de humanização da assistência (GAÍVA; SCOCHI 2009).

Todo trabalho é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e que

resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade (DESLANDES, 2009).

### 2.1.2 Cirurgia Cardíaca.

As primeiras operações do pericárdio (o saco que envolve o coração) aconteceram no século 19. A primeira cirurgia com sucesso do coração em si, feita sem complicações, foi realizada na Alemanha em 1896 pelo Dr. Ludwig Rehn, o qual reparou uma ferida de punhal no ventrículo direito. Cirurgias nos grandes vasos ficaram comuns depois da virada do século e podem ser classificadas com cirurgia cardíaca, embora não sejam no coração. No Brasil Em 1905, João Alves de Lima seria o primeiro a praticar a sutura cardíaca em nosso país. A operação foi descrita por ele, em um estilo vivo que hoje soa curioso numa comunicação médica (COSTA, 2010).

### 2.1.3 Assistência de Enfermagem.

A assistência de enfermagem é definida como sendo um processo que objetiva a promoção, manutenção e recuperação da saúde do cliente e da comunidade, devendo ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos inerentes à profissão a mesma deve proporcionar uma assistência de enfermagem de forma integral e individual ao paciente e é caracterizada por ser um processo interativo que tem por finalidade a recuperação da integridade biológica, psicológica, social e espiritual do paciente. (FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009).

Esta assistência abrange uma relação recíproca de experiências entre enfermeiro e

cliente, claramente notada nos sentimentos, emoções, empenho, ética e comunicação efetiva entre as partes. Dessa maneira, é indispensável que haja em suas fases um modo conceitual que as contemple, fortificando o processo através do envolvimento familiar, ainda permitindo a identificação dos diagnósticos fundamentais e as intervenções de cuidado de enfermagem durante o processo cirúrgico (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

## 2.2 Assistência de Enfermagem no Perioperatorio.

Para Erdmann et al., (2009), o Sistema de Assistência em Enfermagem Perioperatória surge por volta de 1985 com a proposta de promover a assistência integral, continuada,

participativa, individualizada, documentada e avaliada onde a equipe de enfermagem acompanha as condições e evolução do paciente durante toda a assistência prestada.

A assistência de enfermagem praticada nos períodos pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório Imediato da experiência cirúrgica do paciente. E segundo a SOBECC (2009), essa equipe de enfermagem deve ter uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a reequilibrar estas necessidades preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada.

A equipe de enfermagem deve unir esforços para: proporcionar ao paciente as melhores condições físicas e emocionais possíveis; orientá-lo de forma adequada a fim de diminuir sua ansiedade, e desse modo minimizando os riscos cirúrgicos e prevenindo complicações pós-operatórias ensinar ao doente e família estratégias para a uma recuperação mais rápida, aumentando assim a sua confiança e facilitando a prática do alto cuidado no pós-operatório (MACHADO; SANTOS, 2009).

### 2.2.1 O Período Pré-Operatório em Cirurgia Cardíaca.

O início do tratamento cirúrgico se dará a partir da necessidade de realização

da mesma no paciente, onde irá ser realizado durante a consulta um histórico do paciente para conhecer os hábitos individuais de vida e psicossociais do paciente buscando a adaptação do mesmo na unidade e aos cuidados que deve ter com o paciente. O diagnóstico de enfermagem é o momento de análise e interpretação criteriosa de dados para julgar necessidades, problemas, preocupações e respostas humanas do cliente. Em todas as profissões o diagnóstico precede a ação. É dessa forma que os profissionais identificam as necessidades e planejam suas decisões em relação (NANDA, 2008).

Para Lisboa et al.,(2010), o processo de enfermagem é um processo interativo, de solução de problemas patológicos do paciente. É realizado de forma sistemática e individualizado de modo a alcançar resultados a partir dos cuidados de enfermagem, respeitando a autonomia e liberdade do paciente para tomar decisões.

A assistência de enfermagem prestada ao paciente no pré-operatório deve infundir confiança e segurança, diminuindo a ansiedade e angústia no paciente, satisfazendo as suas necessidades por meio do cuidado integral com qualidade (MACHADO; SANTOS, 2009).

A equipe de enfermagem deve unir esforços para: Proporcionar ao paciente as melhores condições físicas e emocionais possíveis; Orientá-lo de forma adequada a fim de diminuir sua ansiedade, e desse modo minimizando os riscos cirúrgicos e prevenindo complicações pós-operatórias; Ensinar ao doente e família estratégias para a uma recuperação mais rápida.

Ainda, segundo a mesma autora o pré-operatório é um período bem delimitado, apresentando começo e fim, e que tem duração relativamente longa, dependendo da classificação do tratamento cirúrgico, quanto ao momento operatório. Conforme descrito por essas autoras o período pré-operatório esta didaticamente dividida em pré-operatório mediato e imediato.

#### 2.2.1.1 Período Pré-Operatório Mediato.

De acordo com Silva, Rodrigues e Cesaretti (2009), pré-operatório mediato é o período de tempo que decorre desde a indicação da cirurgia até véspera da sua realização,

ou seja, vinte e quatro (24) horas antes do ato cirúrgico. Assistência de enfermagem prestada ao paciente no pré-operatório mediato: Realizar exame físico no momento da admissão do paciente observando e registrando pontos que poderão desencadear negativamente o ato anestésico-cirúrgico; Providenciar a avaliação laboratorial e exames complementares e de diagnóstico; Planejar e implementar a assistência de enfermagem no período pré-operatório mediato, a partir do diagnóstico da situação do paciente; Ensinar ao paciente medidas preventivas de complicações pós-operatória, tais como realização de exercícios respiratórios e mudança de decúbito; Desenvolver trabalho coeso com os demais componentes da equipe multidisciplinar.

#### 2.2.1.2 Período Pré-Operatório Imediato

De acordo com as autoras acima citadas, pré-operatório imediato é o período de tempo que decorre desde a véspera da cirurgia até a chegada do paciente na unidade de centro cirúrgico. Assistência de Enfermagem prestada no período pré-operatório imediato: Realizar visita pré-operatória de enfermagem; Orientar o paciente quanto à anestesia, diminuindo

assim o medo e esclarecendo as dúvidas sobre o procedimento anestésico; Minimizar o medo em relação à morte; Explicar a rotina pré-operatória até o momento da sua transferência para o bloco cirúrgico; Explicar rotinas pós-operatórias e sensações que poderão ocorrer; Atender as necessidades dos familiares, esclarecendo dúvidas (SILVA, RODRIGUES;CESARETTI, 2009).

#### 2.2.2 O Período Transoperatório ou Intra-Operatório em Cirurgia Cardíaca.

Inicia-se o tratamento com a admissão do paciente no Centro Cirúrgico e sua permanência na sala operatória (período denominado intra-operatório). A recepção é realizada pelo enfermeiro, que confere o termo e a autorização da cirurgia, avalia o estado geral do paciente, a presença do prontuário e de exames e o prepara pré-operatório realizado (LOPES et al.,2009).

Segundo Lopes et al., os cuidados na fase transoperatória devem seguir vários critérios,

(...) posicionar o paciente; alinhamento funcional; exposição da área cirúrgica; manutenção da posição durante o procedimento;

fixar a placa neutra ao cliente; proporcionar apoio físico; assegurar que a contagem de gases/compressas, agulhas e instrumental está correta; calcular os efeitos para o paciente da excessiva perda ou ganho de líquidos; distinguir os dados cardiopulmonares normais dos anormais; comunicar as alterações no cliente quanto ao pulso, respiração, temperatura e pressão sanguínea; proporcionar apoio emocional ao cliente; permanecer próxima ou tocar o cliente durante os procedimentos e a indução; avaliar continuamente o estado emocional do cliente; comunicar sobre o estado emocional do cliente aos outros membros da equipe de saúde relacionados; manter a assepsia e o controle sobre o ambiente; gerenciar os recursos humanos efetivamente (LOPES et al., p. 14,2009).

Transoperatório compreende desde o momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até ser encaminhado para UTI. Envolvida nesta fase, temos a fase do intra- operatório, que compreende o momento do procedimento anestésico-cirúrgico propriamente dito, ou seja, do início do processo anestésico até a sua reversão; Dentro do processo de

enfermagem, nesta fase se aplica a prescrição de enfermagem transoperatória com avaliação e evolução; As ações assistenciais nessa fase devem ser desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem, que pode oferecer ao paciente apoio, atenção, respeito a suas crenças, seus valores, seus medos e suas necessidades, atendendo-o com segurança, destreza e eficácia; Receber o paciente no Centro Cirúrgico apresentar-se, verificar a pulseira de identificação e o prontuário; Como condutas de segurança, confirmar informações sobre o jejum (a partir de que horário), as alergias, as doenças anteriores; Encaminhar o paciente à respectiva sala de cirurgia; Colocar o paciente na mesa cirúrgica de modo confortável e seguro; Monitorizar o paciente; Manter o paciente aquecido, com cobertor ou manta térmica (a manta térmica propicia um aquecimento controlado e mais eficaz); Auxiliar o anestesiológico durante a indução anestésica; Auxiliar a equipe cirúrgica a posicionar o paciente; Proteger a pele do paciente durante a antisepsia com produtos químicos, Realizar o cateterismo vesical, quando necessário; Registrar todos os cuidados de enfermagem prestados diretamente ao paciente e sua evolução; Rever prescrição transoperatória, alterando-a, se necessário; Manter a família informada sobre o andamento da cirurgia; Preservar a segurança física e emocional do paciente; Realizar prescrição pós-operatória no final do procedimento (CRISTOFORO; CRUZ, 2008).

### 2.2.3 O Período Pós-Operatória Imediato em Cirurgia Cardíaca.

Este período tem início na recepção do paciente na recuperação anestésica e se estende por 24 horas. É o momento mais crítico do paciente e o que exige maior observação de toda a equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados. Compreende a avaliação de enfermagem e o levantamento e registro dos dados por meio de visitas e orientações na Unidade Terapia Intensiva após a cirurgia, ações indispensáveis à realização do processo de enfermagem (FERNANDES ALITI; SOUZA, 2009).

Conferir o nome do cliente; Conferir o tipo de cirurgia que foi realizada; Descrever os fatores transoperatórios (isto é, inserção de drenos e cateteres, intercorrências); Descrever as limitações físicas; relatar o nível de consciência pré-operatória; Comunicar sobre as necessidades de equipamentos; Avaliar a eficácia do cuidado de enfermagem no centro cirúrgico; Determinar o nível de satisfação do cliente com os cuidados prestados no período perioperatório; Avaliar os produtos utilizados para o cliente; avaliar o estado psicológico do cliente; Colaborar com o plano de alta; Posicionamento adequado no leito; Conectar o

paciente no respirador; Monitorizará inicial monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitorização hemodinâmica, pressão arterial média; identificar acessos vasculares: Infusão de drogas, hidratação venosa, cateteres para monetarizações: Pressão venosa central (PVC), pressão arterial média (PAM), pressão de átrio esquerdo (PAE); Abertura e manipulação corretas de drenos torácicos e de mediastino; realizar ECG de admissão; Anotação inicial do volume drenado nos drenos de tórax e mediastino, obedecendo ao valor do selo d'água estabelecido como rotina; Verificação de sondas: nasogástrica e vesical; Averiguar posição de cânula endotraqueal através da ausculta, assim como sua fixação adequada (anotar o número da posição); Após sua estabilização, o enfermeiro deverá realizar sua evolução baseado numa avaliação física inicial: Coloração da pele e mucosas, enchimento capilar, grau de hidratação, ruídos adventícios, fone se de bulhas e exame físico geral; Sangramento (drenos de tórax e mediastino) é a complicação de maior importância, devendo ser avisada se o fluxo de sangramento for > que 150 ml/h. a hipertensão e a hipotensão arterial devem ser controladas rapidamente, pois seu reflexo nas coronárias ou nas pontes recém-confeccionadas é extremamente maléfico; O controle dos sinais vitais deve ser realizado a cada sessenta minutos (nas primeiras 12h), bem como a vigilância intensiva relacionada ao aparecimento de qualquer arritmia cardíaca (LAIZO ; DELGADO; ROCHA,2010).

### 2.2.3.1 O Período Pós-Operatória Mediato em Cirurgia Cardíaca.

O pós-operatório mediato começa após as 24 horas de Unidade Terapia Intensiva para enfermaria até a alta hospitalar, e caracteriza-se por promover a orientação para a recuperação do paciente e a retomada de suas atividades rotineiras, e por diminuir a ansiedade gerada pela separação dos familiares, a alteração do ritmo de vida e a incidência de complicações posteriores à cirurgia (LISBOA; MOREIRA; MEJIA, 2010).

O enfermeiro, ao desempenhar suas ações sistematizadas, necessita de habilidades e capacidades exclusivas de raciocínio lógico, desenvolvimento físico, equilíbrio emocional e melhor comunicação com o paciente durante as intervenções, ações que não são delegáveis a outros profissionais (UMANN; GUIDO; LINCH, 2010).

Pode ser realizadas após as 24 horas da saída da UTI; Verificar as condições do paciente; Saber se as orientações recebidas na visita pré-operatória foram úteis; Ouvir o paciente e seus familiares, reforçando e esclarecendo as orientações recebidas; Fazer uma avaliação do processo e verificar se alguma conduta precisa ser aprimorada ou modificada; Registrar os dados no prontuário, preferencialmente em impresso próprio.

Segundo North American Nursing Diagnosis Association NANDA (2008), os diagnósticos de enfermagem para pacientes de cirurgias cardíacas são: Mobilidade física prejudicada; Risco para função respiratória alterada; Déficit no autocuidado para banho e higiene; risco para temperatura corporal desequilibrada (hipotermia); Risco para aspiração; Risco para lesão transoperatória de posicionamento; Disfunção sexual; Andar prejudicado; nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais; Alto risco para infecção; Risco para integridade da pele prejudicada; Constipação intestinal; ansiedade; Integridade da pele prejudicada; Dor aguda; Conforto alterado; Privação do sono; Eliminações urinária alterada; Volume de líquidos excessivos; Percepção sensorial gustativa prejudicada.

## **3 CONSIDERAÇÕES METODOLOGIAS**



### 3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória - descritiva. Um estudo exploratório tem a finalidade do aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; já o descritivo é a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Compreendendo o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação (GIL, 2005).

### 3.2 Cenário da Pesquisa

Este estudo foi realizado no Município de João Pessoa-PB, no Hospital Dom Rodrigo, que atende pacientes do SUS em cardiologia como também convênios e particular. O hospital de grande porte, com atendimento 24 horas, oferecendo atenção integral aos pacientes.

### 3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta de 11 enfermeiros do serviço, 3 de centro cirúrgico, 4 de clínica médica, 4 de UTI. Todos concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido e sendo maior de idade.

### 3.4 Coletas de Dados

Para o alcance dos objetivos, a coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário (**apêndice C**), no qual foi entregue para responderem em casa e contendo questões abertas, sobre a humanização da assistência de enfermagem: condutas ao paciente submetido à cirurgia cardíaca. O questionário foi desenvolvido no período de abril e maio de 2015.

### 3.5 Análises dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado após o término da coleta pelos pesquisadores sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin. Para Minayo (2006, p. 303), “a análise de conteúdo diz respeito à técnica de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

A análise do conteúdo selecionada exige uma abordagem qualitativa, ela é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sendo, portanto, adaptável ao campo de

aplicações mais vastas, visto que a comunicação é entendida como qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, o conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (BARDIN, 2000).

O análise do conteúdo apresentada por Bardin (2000) organiza-se em torno de três pólos cronológicos: A pré-análise, que é a fase de organização do material; A exploração do material, através de uma administração sistêmica e o tratamento dos resultados; A inferência e a interpretação, de maneira que estes se tornem significativos e válidos.

O primeiro pólo cronológico, **a pré-análise**, consiste nas seguintes fases: leitura flutuante, escolha (seleção) dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, referenciarão dos índices, elaboração de indicadores e preparação do material. É válido ressaltar que na obra de Bardin (2000) é utilizado o termo “escolha dos documentos”, porém, preferimos o termo seleção, devido ao fato desta escolha ser realizada com base em critérios preestabelecidos.

O segundo pólo cronológico, **a exploração do material**, consiste nas técnicas de codificação e categorização dos resultados (BARDIN, 2000). A primeira fase da codificação foi o recorte, que constitui na escolha das unidades de registros, ou unidades de significação, que no presente estudo foi constituído por temas; e a escolha das unidades de contexto, que facilitaram a compreensão das unidades de registros. Em seguida, procedeu-se a enumeração, isto é, a contagem destas unidades. Neste estudo foi considerada a presença de seis categorias

Categorias	Subcategorias	Codificação
1. Condutas de enfermagem na assistência ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientações sobre o procedimento.</li> <li>✓ Minimizar o risco de intercorrências.</li> <li>✓ Realizar procedimentos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OP</li> <li>MRI</li> <li>RPE</li> </ul>

2. As principais queixas e anseios do paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Medo de Morrer <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Desconforto <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade de Rever os Familiares	MM D D ARF
3. Que forma você trabalha essas queixas e esses anseios	<input checked="" type="checkbox"/> Explicando os procedimentos que serão feitos <input checked="" type="checkbox"/> Explicando o quadro clínico	EP EQC

4. Assistência enfermagem na humanizada ajudaria o paciente na sua recuperação	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Apoio <input checked="" type="checkbox"/> Ajuda <input checked="" type="checkbox"/> Importância	S A A I
--	--	------------------

Quadro 1 – categoria, codificações e subcategorias referentes HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO Á CIRURGIA CARDÍACA. João Pessoa, 2015.

Na análise dos dados dividimos os textos em categorias, posteriormente em subcategorias e codificamos, e apresentamos suas subcategorias e suas respectivas unidades temáticas.

Por fim, o terceiro pólo cronológico, o tratamento dos resultados, a **inferência e a interpretação**, consistiu na apresentação dos resultados em quadros, para uma melhor visualização destas categorias com suas subcategorias e unidades temáticas e foram feitas inferências específicas sobre o conteúdo, buscando-se confrontar os resultados obtidos com os objetivos do estudo, em seguida, procedeu-se à interpretação e discussão com base na literatura pertinente e conhecimentos da pesquisadora.

### 3.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa será preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a importância do estudo e lhe assegurado o direito a não aceitação de participar da mesma. Será solicitado o consentimento, por meio de assinatura de Termo de Consentimento de Livre e

Esclarecido, que tornará legítima nossa interferência no espaço individual autônomo.

#### 4 RESULTADO E DISCURSÃO

**Tabela 1 - com os dados sócio-demográficos, João Pessoa, 2015.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
21 a 30 anos	6	60%
31 a 40 anos	2	20%
Mais de 40 anos	3	30%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridade</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
Ensino Superior	11	100%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
Feminino	10	90%
Masculino	1	10%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
Casada	8	70%
Solteira	2	20%
Viúva	1	10%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>Quanto tempo você é formado (a)</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
2 a 5 anos	7	70%
6 a 10 anos	2	20%
Mais de 20 anos	2	20%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>Em que instituição</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
FACENE	3	30%
Faculdade Santa Emília de Rodat	5	50%
Universidade Federal da Paraíba	1	10%
Unipê	2	20%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>
<b>1. Possui curso(s) de pós-graduação</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>

Sim	11	100%
Não	00	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

<b>Esta instituição foi sua primeira experiência de trabalho</b>	<b>Nº. de participantes</b>	<b>Frequência %</b>
Sim	9	90%
Não	2	20%
<b>Total</b>	<b>11 participantes</b>	<b>100</b>

Vimos que entre os entrevistados a maior parte encontrava-se que 6 são entre 21 e 30 anos (60%),2 entre 31 a 40 anos (20%),3 entre mais de 40 anos(30%) que 100% das entrevistados tem o nível superior. 10 e do sexo feminino (90%),1 masculino (10%), em relação estado civil 8 são casado (80%),2 solteiro (20%),1 viúva (10%).em quanto o tempo de formação 7 são 2 a 5 anos (70%),2 são 6 a 10 anos (20%),2 são de mais de 20 anos (20%). Com relação a instituições de ensino em que terminaram curso de formação foi 3 na FACENE (30%),5 Faculdade Santa Emília de Roda (50%),1 Universidade Federal da Paraíba (10%),2 Unipê (20%).11 participantes possui curso de graduação (100%).

Se a instituição foi sua primeira experiência de trabalho 9 confirmou que sim (90%) e 2 confirmou que não (20%).

<b>Categoria 1 – Condutas de enfermagem na assistência ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca.</b>	
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade Temática</b>
✓ Orientações sobre os procedimentos	<i>“...a assistência deve ser dada através de orientação sobre o procedimento cirúrgico/”... Receber o paciente orientá-lo na retirada de adornos, esclarecer todas as dúvidas dos mesmos, providenciar os exames solicitado pelo médico, orientá-lo sobre a cirurgia ...”</i>
✓ Minimizar o risco de intercorrências	<i>“...e avaliar o paciente e seu estado emocional procurando assim, diminuir as angustias existentes...”</i>
✓ Avaliação sistemática	<i>“...esclarecimentos, orientações a cerca de todo o processo...” /”...atentar para a segurança do paciente...”</i>

Quadro 2– Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes condutas de enfermagem na assistência ao paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca, João Pessoa, 2015.

Os discursos das condutas de enfermagem na assistência ao paciente no Perioperatório refere-se a visita no pré-operatório e acompanhamento no transoperatório com esclarecimentos e orientações acerca de todos os procedimentos, equipamento que serão utilizado , avaliação emocional , busca da diminuição das angustia apresentadas, mantendo o

ambiente confortável e seguro. Já no pós-operatório os discursos refere-se a acomodação no leito de UTI, consciência da cardiopatia, do procedimento realizado, controle hidroeletrolítico, o cuidado com dreno e cateteres ,acompanhamento da evolução e instabilidades de paramentos hemodinâmicos.

Para minimizar o risco de intercorrências os textos avaliados discutiram que e preciso avaliar o estado emocional do paciente procurando assim, diminuir as angustias existentes no pré-operatório no transoperatório e no pós-operatório.

Para a avaliação sistemática foram discutidos que no pré-operatório deve haver esclarecimentos, orientações a cerca de todo o processo cirúrgico, no transoperatório, receber o paciente proveniente de sua clínica orientá-lo sobre o local, equipamentos e procedimentos a serem realizados e no pós-operatório atentar para a segurança do paciente quando da transferência para o CTI.

Silva et al., (2009), concordam que o esclarecimento de dúvidas tanto no pre-operatorio quanto no transoperatório permite ao paciente compreender certas situações e, quem sabe, procurar alternativas que minimizem sua ansiedade se os temores, prevenindo possíveis complicações no período pós-operatório.

Segundo Santos (2008), O paciente orientado quanto aos procedimentos a que será submetido no centro cirúrgico é um paciente com níveis de ansiedade, insegurança e medo menores do que aquele sem acesso a qualquer orientação. Ao chegar ao centro cirúrgico é necessário que o enfermeiro acolha calorosamente o paciente, encaminhando-o à sala de cirurgia, no entanto, no dia-a-dia das atividades cirúrgicas, há uma insatisfação por

parte dos pacientes, quanto à prontidão ao atender chamados, ao apoio, às orientações recebidas desde a recepção até a sala operatória e durante o ato cirúrgico, o que leva a inferir que os cuidados de enfermagem no transoperatório, na maioria das vezes, não estão incorporados ao cotidiano das atividades desenvolvidas.

Para Oliveira, Moraes e Marquesa (2012), afirmaram que, prestar informações específicas ao paciente sobre as sensações esperadas, pode ser útil, contudo, é importante antes de fornecer qualquer informação, ouvir o paciente, seus temores e dúvidas, evitando que o mesmo fique sem saber o porque dos sintomas que está apresentando e até quando

permanecerá neste estado desconfortante. Evidencia assim que o profissional de Saúde deve ser cauteloso e identificar o nível de ansiedade do paciente, evitando dar informações excessivas, podendo aumentar sua ansiedade. É evidente que uma explicação na fase que antecede a cirurgia sobre os procedimentos que o paciente estará envolvido, possivelmente, diminuirá os sofrimentos por ele sentidos.

<b>Categoria 2 – As principais queixas e anseios do paciente segundo os enfermeiros.</b>	
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade Temática</b>
Medo	<i>“... medo de morrer/... Medo se vai sentir dor durante a cirurgia e após...”</i>
Dor	<i>“...dor lombar, posição de dormir, muitos dormem de lado...” / “...dor na coluna (por conta da posição), na F.O e no orifício do dreno.</i>
Desconforto	<i>“... Posicionamento no pós-operatório/”... ficar muito tempo na UTI...”</i>
Ansiedade de Rever os Familiares	<i>“... falta de esclarecimentos...”</i>

Quadro3 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes à as principais queixas e anseios do paciente segundo os enfermeiros, João Pessoa, 2015.

Os discursos das principais queixas e anseios do paciente refere-se, ao medo de morrer, ansiedade pelo tempo de permanência no hospital, de como se comportar após a cirurgia no se refere as atividades diária, complicações que poderão surgir, medo da anestesia, medo de mudança de rotina, dor torácica, inapetência devindo a dieta hospitalar, ânsia de vômito e angustia em quanto esta entubado e ansiedade em rever os

familiares.

Segundo Zen e Brustschen (2011), a cirurgia e mais que a própria doença e a hospitalização, podem agravar as reações emocionais do paciente e de sua família, pois medo do desconhecido, da anestesia, da dor, da morte, do resultado da cirurgia e do desconforto são fatores que contribuem para a inquietação ansiedade e estresses. Evidenciando, assim a importância do apoio emocional e da assistência humanizada ao paciente da uma boa recuperação cirúrgica.

Conforme vem sendo colocado, é inevitável que o medo e a insegurança acompanhem a maior parte das pessoas que precisam submeter-se a um processo cirúrgico. Essa experiência, muitas vezes, apresenta-se para o indivíduo como uma ameaça, não apenas à sua integridade física, mas também psíquica, em virtude da ansiedade que ela pode gerar.

<b>Categoria 3 – Que forma você trabalha essas queixas e esses anseios</b>	
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade Temática</b>
Explicando os procedimentos que serão feitos	<i>“ é a orientação para colaboração com o cuidador da equipe, além de ficarem cientes que o organismo também pode ser responsável por uma agitação inesperada...”/”...todo processo que acontecerá, de modo que transmita confiança e segurança, conseqüentemente esclareça suas dúvidas.</i>
Explicando o quadro clínico	<i>“... procuramos esclarecer, tirar as dúvidas, darmos os pacientes um ambiente confortável e seguro...”</i>

Quadro 4 – Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referente à que forma você trabalha essas queixas e esses anseios, João Pessoa, 2015.

Os discursos da forma apresentada para trabalhar as queixas e os anseios referem-se a trabalho em equipe distinguindo de forma específica o anseio de cada paciente, conversar com o paciente, explicar possível consequência e danos que poderão vir acontecer, transmitir confiança e segurança, do conforto, tirar dúvidas a cerca do procedimento.



Segundo Christóforo e Carvalho (2009), a importância de fornecer informações ao paciente, esclarecendo-lhe como se procederá a cirurgia, qual a sua finalidade, onde será realizada a incisão, qual tipo de anestesia utilizada, quem será a equipe cirúrgica responsável por essa significativa transformação a qual ele será sujeito. Além das informações técnicas, considerasse também a necessidade de identificação e interpretação dos sentimentos do paciente por parte dos profissionais, sobretudo aqueles de enfermagem, que devem auxiliá-lo controlando ou minimizando suas sensações desconfortáveis, com apoio e compreensão durante o relacionamento estabelecido.

<b>Categoria 4 - Assistência de enfermagem humanizada ajudaria o paciente na sua recuperação.</b>	
<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade Temática</b>
Sim	<i>Porque nós enfermeiras, passamos a maior parte do tempo ao lado do paciente, participando da sua ansiedade, expectativa e medo, enfim tudo que possa acontecer com ele.</i>

Apoio	<i>Porque ele passaria por todo este processo sabendo o que iria acontecer com ele.</i>
Ajuda	<i>O apoio humanizado ao paciente de maneira geral ajuda muito na sua recuperação</i>
Importância	<i>Visto que é de suma importância a humanização ao paciente na sua recuperação, ajuda muito uma boa assistência de enfermagem em todo período pois proporciona segurança e tranquilidade ao paciente, e até preveni complicações ao se ter uma visão holística do mesmo</i>

Quadro 5 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes à assistência de enfermagem humanizada ajudaria o paciente na sua recuperação, João Pessoa, 2015.

Todos os discursos concordaram que assistência de enfermagem humanizada ajudaria o paciente na sua recuperação e as justificativas foram: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde e um completo bem esta físico e mental, que o paciente que e tratado de forma humanizada melhor será sua recuperação, ninguém sente-se bem sendo tratado de forma desumana, e o enfermeiro que passa a maior parte do tempo com o paciente tento a obrigação de perceber suas ansiedades,

expectativas, medos e suas angustias, processo de cuidado humanizado ajuda o paciente a enfrentar o desconhecido, o apoio de forma humanizada a o paciente no perioperatorio ajuda muito na sua recuperação, humanizar é algo primordial para o sucesso dos resultados, a humanização no perioperatorio transmite segurança e tranquilidade.

Segundo Silva et al. (2009), A assistência de enfermagem humanizada no pré-operatória têm uma influência positiva sobre o processo pós-operatório do paciente de cirurgia cardíaca. Uma assistência humanizada pode perceber ansiedade, expectativa e medo dando informações concisas sobre os cuidados cirúrgicos e a recuperação no curto tempo disponível. Evidenciar tais informações ajuda a aliviar a ansiedade e mostram que pacientes com orientações pré-operatórias e envolvimento adequados apresentam menos problemas físicos e patológicos que influenciam na sua recuperação.

Para Almeida e Chaves (2009), a construção de uma nova forma de cuidado pautados na humanização, leva-se em consideração que o paciente deva ter uma abordagem integral e humana. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados a sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento.

Conforme Waldow (2009), o processo de cuidar não deve se pautar somente na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos as quais abalam a sua totalidade. Observa-se que o cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções de enfermagem. Mas, também as ações que devem expressar a sua sensibilidade fazendo com que o ser cuidado perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança e tranquilidade.

Para Oliveira, Moraes e Marquesa (2012), humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência a paciência as palavras e as saliências. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, por que assim posso me reconhecer e identificar como gente como ser humano.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente estudo foi possível atingirmos a compreensão da importância da assistência humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca no perioperatório realizado pelos profissionais da enfermagem. É um cuidado que revela fortalezas, mas também algumas fragilidades, que devem ser objeto de reflexão e atenção pelas equipes de enfermagem.

Percebemos que o cuidado humanizado reflete em uma assistência de qualidade, pois minimiza situações de estresse em torno do paciente, permitindo que seja respeitada a sua individualidade, autonomia, capacidade no alto cuidado e ressignificação da assistência prestada. Assim no campo profissional a humanização da assistência facilita a interação da equipe, o reconhecimento dos cuidados prestados, o diálogo franco entre pacientes e seus familiares, melhor aceitação das condutas e evolução.

Consideramos, o quanto é importante que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca sejam preparados de forma humanizada com orientações completas e concisas a respeito de sua condição, tratamento e intervenção cirúrgica, indo ao encontro das necessidades vivenciadas pelos pacientes. Assim o esclarecimento de dúvidas permite ao paciente compreender certas situações e, quem sabe, procurar alternativas para minimizar suas ansiedades.

Durante a avaliação dos resultados descritos, no que se refere à assistência de enfermagem humanizada ao paciente submetido à cirurgia cardíaca ficou explícito por todos questionados, a importância do acompanhamento, esclarecimento, orientação e avaliação que possibilita a diminuição das angústias apresentadas mantendo o ambiente confortável e seguro.

Entende-se que as estratégias ou ações humanizadas do perioperatório de cirurgia cardíaca são fundamentais na assistência hospitalar, com trabalho em conjunto considerando não só o paciente, mas também a sua família e o contexto no qual esses estão inseridos. Apesar de não ter sido citado pelos questionados, a família tem o papel fundamental por ser a extensão do paciente, necessita de atenção de toda equipe de saúde.

Constatou-se que tanto nos descritos quanto nos artigos científicos analisados que desde a implantação do PNHAH e o humaniza SUS, os profissionais vêm

desenvolvendo praticas e estudos a cerca de humanização no contexto da assistência ao paciente no perioperatorio, tendo como desafio a aceitação do tratamento, a cooperação do paciente, mudança de ambiente, a continuidade do cuidado e a recuperação.

## REFERÊNCIA

- ALMEIDA, D.V.; CHAVES, E.C. **O ensino de humanização nos currículos de graduação em enfermagem.** Einstein, v.7,n.3,p.271-8, 2009.
- ALMEIDA, A. R.; GUEDES M. V. C. Natureza, classificação e intervenções de enfermagem para pacientes com mediotendinite. **Rev. Bras. Enferm.** V.61, n.4,p.470-5,2008.
- BATISTA, A.A. V.; VIEIRA, M.J.; CARDOSO, N.C. S et al.. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev: Esc. Enferm USP.**26 jul ; v.39, n.1, p.85-91,2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 13/03/2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa; edições 70, 2000.
- BEDIN, E. et. al. Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em 20/03/14.
- BRUNNER, A. L.; SUDDARTH, J. D. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- CHISTÓFORO, B. E. B. et al. Relacionamento Enfermeiro-Paciente no pré-operatório: uma reflexão a luz da teoria de Joyce Travelbee. **Rev. Cogitare Enferm.** Ponta Grossa PR 2008.
- CHRISTÓFORO, B.E.B. CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizada ao cliente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. Esc. Enferm USP.** V.43 ,n.1, p.14-22,2009.
- COSTA, I. A. História da cirurgia cardíaca brasileira. **Rev. Bras. Cir .Cardiovasc** São Paulo.vol.13,n.1,2010.Jan./Mar .Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76381998000100002>. Acesso em 1 de maio 2015.
- DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2009.
- ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S; ALVES, A et al. Formando empreendedores na enfermagem: promovendo competência e aptidões sociopolíticas.; **Rev. Enfermería Global.**v.8,p. 1-9; 2009.
- FERNANDES, M.V.B.; ALITI, G.; SOUZA, E.N. Profile of patients undergoing to coronary artery bypass grafting: implications for nursing care. **Rev. Electr. Enf.** 2009.;v.11,n.4,p.993- 9.2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>. . Acesso em 16,Out
- GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em

UTI.

**Rev Latino-am Enfermagem.** v.12,n.3,p.469-76,2009.

GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: 4 ed. Editora Atlas, 2002.

GONÇALVES, R. M. D. A.; PEREIRA, M. E. R.; PEDROSA, L. A. K et al. A

comunicação

verbal enfermeiro- paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca; **Cienc. Cuid .Saúde.**v.10,p.27-34; 2011.

LAIZO, A.; DELGADO, F.E.F. ROCHA, G.M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev. bras. cir. Cardio vasc.** v.25,n.2,p.166-71, 2010.

LISBOA, L.A.F.MOREIRA, L.F. P.; MEJIA,O.V et al. Evolução da cirurgia cardíaca no Instituto do Coração: análise de 71. 035operações.**Arq.Bras.Cardiol.**v.94,n.2,p.174-81,2010.Disponível em:<http://www.arquivosonline.com.br/2010/9402/home.asp>. Acesso em 16 de 2014 de outubro.

LOPES A. M.; CRUZ, M.J.R.; **CENTRO CIRURGICO.**3. ed. ,Rio de Janeiro: Ed Mc Graw Hill.2008.

LOPES, E.R. A.; POMPEO, D.A.; CANINI S.R.M. S et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pré-operatório de cirurgia. **Rev. Latino-americano Enfermagem.** 2009.

KIKUTI, E.S. TURRINI, R.N.T. Humanização do cuidado no centro cirúrgico. **Rev. Baiana de Enfermagem.** Salvador, n.3; p.21-29,2005.

MACHADO, R. M.; SANTOS, GOUVEIA. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Submetido à Cirurgia; Teoria a Prática.** Universidade Fernando Pessoa Faculdade das Ciências da Saúde, cidade do Porto. 2009.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): MS; 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, N. J.; MORAES, C. dos S.; MARQUES, N. S. Humanização no Centro cirúrgico: a percepção do técnico em enfermagem. **Rev. SOBECC,** São Paulo .v. 17,n.3,p.43-49. jul./set. 2012.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP.** 2008.

PNHAH. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar.

Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SANTOS, A. S. A competência e os aspectos éticos- políticos no curso de enfermagem: olhar dos docentes enfermeiros, **PUC Campinas**. 2008.

SILVA, M.A.A.; RODRIGUES, A.L.; CESARETTI, I.U.R. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo: EPU; 2.ed , p. 129-158, (2009).

UMANN, J; GUIDO L.A; LINCH, G.F.C. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. **Cienc. Cuid. Saúde**.v.9,n.1,p.67-73,2010.

ZEN ,O.P.;BRUTSCHER, S.H. Humanização: enfermagem de cirurgia do centro cirúrgico, **Enfoque**, São Paulo,v.14,n.1,p.4-6.2011.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: **o resgate necessário**. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato,2009.

---





**3. De que forma você trabalha essas queixas e esses anseios?**

---

---

---

**4. Quais as dificuldades enfrentadas?**

---

---

---

**5. De que forma você trabalharia essas dificuldades?**

---

---

---

**6. A assistência de enfermagem humanizada ajudaria o paciente na sua recuperação? Sim [ ] Não [ ]**

**Justifique?**

---

---

## **PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PACIENTE ACOMETIDO POR TRANSTORNO BIPOLAR**

Rodrigo Duarte Fernandes e Silva<sup>1</sup>  
Emmanuella Azevedo<sup>2</sup>

O Transtorno Afetivo Bipolar, antigamente era conhecido por psicose maníaco depressivo, foi inicialmente diagnosticado clinicamente em fins do século XIX pelo médico psiquiatra Emil Kraepelin, onde ele afirmou que se tratava de uma doença bastante definida mais também complexa a ser entendida. A patologia engloba um grande grupo de transtornos em que o humor patológico e perturbações associadas, onde estágios mais elevados da crise e depressão dominam o seu quadro clínico. É comum tanto nos homens quanto nas mulheres, tendo em vista que a doença esta acometida na infância como também na fase adulta, se tornando a terceira complicação em saúde mental no mundo. Dessa forma o objetivo geral em desenvolver esse estudo foi de, identificar que tipo de assistência de enfermagem os pacientes com transtorno afetivo bipolar estão recebendo pelos enfermeiros do complexo psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM). A pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória – descritiva. Uma abordagem tendo como fonte de pesquisa, enfermeiros que atuam no setor de psiquiatria do CPJM, que venham á acompanhar clientes com a doença, estudo exploratório tem a finalidade do aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. A pesquisa foi realizada no complexo psiquiátrico Juliano Moreira em João Pessoa-PB, no período de novembro de 2014. A amostra foi constituída por 15 enfermeiros. E através de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas de múltipla escolha. Uma das maiores dificuldades encontrada foi do enfermeiro não conseguir prestar uma assistência satisfatória ao paciente durante o tratamento. Outra de grande relevância encontrada foi a falta de capacitação e desconhecimento sobre a doença. Atingimos o nosso objetivo de pesquisa que foi em conhecer essa realidade nas unidades. A sensibilidade é necessária para percebermos os múltiplos determinantes que envolvem o cuidado ao paciente portador de transtorno afetivo bipolar para um tratamento especializado.

**DESCRITORES:** Transtorno Bipolar, Enfermagem Psiquiátrica, Assistência de Enfermagem

---

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Enfermagem/FESVIP

<sup>2</sup>Orientadora Emmanuella Azevedo

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Carvalho (2012), o transtorno afetivo bipolar CID – F31, conhecido antigamente (PMD), psicose maníaco depressivo, e também por (TBH) transtorno bipolar do humor, foi inicialmente diagnosticada clinicamente em fins do século XIX pelo psiquiatra Emil Kraepelin.

Os transtornos bipolares englobam um grande grupo de transtornos em que o humor patológico e perturbações associadas dominam o quadro clínico. Os transtornos do humor são melhores considerados como síndromes (em vez de doenças distintas), entrelaçando e sendo constituído por um grande conjunto de sinais e sintomas persistentes que podem levar semanas ou meses, representado por um desvio marcante do desempenho habitual do paciente e que tendem a recorrer, por vezes, de forma periódica ou cíclica (SADOCK; SADOCK, 2008).

O mesmo autor cita que o estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam uma ampla faixa de estados de humor e tem da mesma forma, um grande repertório de expressões afetivas; sentem-se no controle de seus estados de humor e afetos. Nos transtornos de humor, a sensação de controle é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento. Os pacientes com estado de humor elevado demonstram expansividade, fugas de ideias, redução do sono, elevada autoestima e ideias grandiosas. Os pacientes com humor deprimido exibem perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite e pensamentos de morte ou suicídio. Essas alterações quase sempre levam a comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional do paciente.

Segundo Anna (2008), o transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença recorrente, crônica e grave. Causa um grande impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, além de grande carga para família e sociedade em geral. Estudos epidemiológicos mostram a prevalência de TAB nos Estados Unidos varia em torno de 0,4% a 1,6%, Entretanto, estudos de screening mostram que tal prevalência deve ser maior, indicando taxas acima de 3,7%. Em estudos brasileiros, foi feita a reanálise dos dados de estudos da área de capacitação epidemiológica, e a prevalência, ao longo da vida, de subgrupos TAB, incluindo presença de hipomania sub síndrômica e sintomas maníacos, foi de 8,3%.

A Organização Mundial de Saúde, afirma que o TAB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, após depressão unipolar e esquizofrenia, que cursam com maior carga. A carga da doença é causada pelas comorbidades psiquiátricas e físicas pela baixa adesão ao tratamento. É comum tanto nos homens como nas mulheres, tendo em vista que a doença esta acometida tanto na infância como na fase adulta, ou seja, o paciente já nasce com essa complicação TAB podendo desenvolver logo na infância ou na fase adulta (COSTA, 2008).

De acordo com Mello (2008), o transtorno afetivo bipolar está relacionado a um estado de aceleração física e psíquica do individuo, onde é caracterizado pela presença de dois pólos: quadro de depressão e de mania. Na fase da mania surgem sintomas de hiperatividade, e na depressão apresenta as mesmas características da depressão unipolar. O individuo apresenta energia sem limites, nos casos extremos da doença o paciente não mantém contato com a realidade. Estudos apontam para fatores psicológicos, biológicos, ambientais e sociais na etiologia dos transtornos afetivos bipolares.

Lima (2004), explica sobre os estudos científicos que comprovam o transtorno afetivo bipolar é uma doença depressiva na infância e adolescência. A depressão pode se apresentar como um sintoma, quanto o afeto e a tristeza, ou como uma síndrome ou mudança rápida ligada ao humor. Associando a idade da criança pode apresentar sintomas diferentes, quando muito pequenas, elas não possuem a capacidade de expressão, podem ficar muito chorosas ou apresentar irritabilidade e queixas somáticas. Vários fatores podem ser a causa da depressão infantil, tais como o papel da família no dia-a-dia da criança, pois haverá muito mais problemas nas crianças criadas com pais depressivos.

Sanches e Jorge (2004), explicam quem o transtorno afetivo bipolar (TAB) corresponde a um dos mais prevalentes e potencialmente graves transtornos psiquiátricos. Caracterizado por oscilações importantes de humor entre os pólos da exaltação (ou euforia) e depressão, apresenta curso recorrente e crônico, implicando em elevado o grau de morbidade e incapacidade para seus portadores. Do ponto de vista fisiopatológico, postula-se que o TAB está relacionado a disfunções nos circuitos cerebrais relacionados à regulação das emoções. Destacando-se que o individuo com o transtorno bipolar, tem como problemas relacionados ao estresse pós-imigração e ao

preconceito racial.

Estudos comprovam que atualmente o transtorno bipolar (TAB), é considerado um dos distúrbios psiquiátricos, mas graves no mundo. Na mulher o TAB está relacionado a cognição, afeto e relacionamento interpessoais na qual abrange uma complexidade de

emoções e sentimentos os quais permeiam as atividades sociais. Pode-se afirmar a personalidade de pacientes mulheres com transtorno bipolar, se refere à cognição, afeto e relacionamento interpessoal (HASATUGO, YAZIGI, PORTO, 2007).

Michelon e Vallada (2005), explicam que o transtorno bipolar, está relacionado a fatores genéticos e ambientais no meio externo e interno. E caracterizado por alterações de humor, seguido de recorrências de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. Podemos afirmar que a possível associação entre TAB e fatores demográficos (sexo, etnia), devido a antecedentes familiares e historia de depressão genética. O mecanismo genético pode estar relacionado na etiopatogenia do TAB, alterações cromossômicas e heterogeneidade de genes tendem a ser herdados juntos.

Knapp e Isolan (2005), explicam que o transtorno bipolar pode ser tratado adequadamente com varias classes de medicações, incluindo o lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e mesmo a eletroconvulsoterapia. Porém, mesmo utilizando-se as mais adequadas estratégias medicamentosas, o curso do transtorno bipolar e caracterizado por sintomas crônicos e por altos índices de recaída e internações. As abordagens de psicoterapias no tratamento do transtorno bipolar têm objetivo principalmente na adesão do tratamento, a redução dos sintomas residuais, a diminuição das taxas e períodos de hospitalização e uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Estudos comprovam que o THB tipo I atinge aproximadamente 0,8% da população adulta, sendo homens e mulheres igualmente afetados. Já o THB tipo II afeta cerca, de 0,5%, da população sendo mais comuns nas mulheres. Aproximadamente 50% dos pacientes bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, por causa da frustração e má abordagem dos profissionais da psiquiatria. E fundamental a conscientização por parte dos profissionais da saúde que trabalham por parte dos profissionais da saúde que trabalham diretamente com pacientes psiquiátricos, quanto à

importância e orientação do acompanhamento por meio de consultas médicas e orientações a respeito dessa doença e ao uso correto de medicamentos (SANTIN, CERESÉR, ROSA, 2004).

O interesse em abordar a temática emergiu durante observações na minha própria vivência profissional na área de técnico de enfermagem, no hospital de Psiquiatria da Paraíba, e também durante os estágios supervisionados de enfermagem, ao assistir os relatos de dificuldade dos enfermeiros e a insatisfação dos portadores durante o tratamento. Sendo assim, questionamos se uma doença tão antiga e mesmo assim porque diante de tantas evoluções na assistência de enfermagem ainda deixam a desejar no que diz respeito ao

acompanhamento com os pacientes acometido por transtorno afetivo bipolar. Diante desse contexto que dificuldade o enfermeiro do setor de psiquiatria enfrentam nessa assistência, sabendo-se que o CAPS dispõe de um programa voltado a assistência psicossocial para o doente e seus familiares.

Este projeto tem grande relevância frente à importância que o enfermeiro tem na assistência em saúde mental no acompanhamento e desenvolvimento do paciente, e identificar se há dificuldade maior, quando se trata do portador de transtorno afetivo bipolar, tem de ser acompanhado de maneira holística na prevenção de crises, depressão e agravos da doença. Nesse sentido, objetivamos responder a seguinte questão de pesquisa: Qual a dificuldade que os enfermeiros encontram na assistência de enfermagem prestada ao paciente acometido por transtorno bipolar?

Nesse sentido, o estudo torna-se relevante considerando que os usuários de serviços de Psiquiatria devem ser atendidos de modo integral, respeitando sua fragilidade física, social, mental e emocional, e servir de referência para os futuros enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, para proporcionar uma melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente durante o tratamento clínico e períodos de internações.

Hospitais de referência em João pessoa para o tratamento de pacientes com transtorno bipolar e outras complicações: Instituto de Psiquiatria da Paraíba, Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (CPJM).

O estudo propõe-se a informar como também compreender o paciente

holisticamente no contexto em que o mesmo encontra-se inserido, norteando qualitativamente as dificuldades da assistência prestada pela equipe de enfermagem para a problemática aqui apresentada, visando uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para seus familiares.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ◆ Identificar as dificuldades enfrentadas na assistência de enfermagem dos profissionais no tratamento de pacientes com transtornos bipolares.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ◆ Identificar o tempo de experiência que o profissional atua na saúde mental.
- ◆ Verificar o nível de conhecimento do profissional de enfermagem em relação ao transtorno bipolar.
- ◆ Identificar quais as intervenções que os profissionais de enfermagem têm mais dificuldade de realizar e a importância do tratamento.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA.**

Para melhor fundamentar o estudo este item será constituído em quatro tópicos. No primeiro abordaremos considerações gerais do transtorno bipolar. No segundo o diagnóstico do transtorno bipolar. No terceiro o Tratamento do transtorno bipolar e no quarto a assistência de enfermagem a pacientes com transtorno bipolar.

### **3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O TRANSTORNO BIPOLAR**

O transtorno afetivo bipolar apresenta ao paciente um estado de aceleração física e psíquica, onde é caracterizado pela presença de dois polos: quadro de depressão e de mania. Na fase da mania surgem sintomas de hiperatividade, e na depressão apresenta as mesmas características da depressão unipolar. O paciente apresenta energia sem limites, nos casos extremos da doença ele não mantém contato com a realidade. As pesquisas apontam para fatores psicológicos, biológicos, ambientais e sociais na etiologia dos transtornos bipolares (MELLO, 2008).

O transtorno afetivo bipolar está relacionado ao estado emocional do paciente, onde seu estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Essas alterações quase sempre levam o indivíduo ao comprometimento do desempenho interpessoal, ocupacional e social. O campo da psiquiatria vem considerando a depressão maior e o transtorno bipolar como transtornos separados, contudo que o transtorno bipolar seja, na verdade, uma forma mais grave de depressão maior tem sido reconsiderada recentemente (SADOCK; SADOCK VIRGINIA, 2008)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) pode ser observado como uma doença crônica e grave, que vem a causar um impacto significativo na qualidade de vida do paciente. Os efeitos da doença são causados pelas comorbidades psiquiátricas e físicas que também está ligada a baixa adesão ao tratamento. É comum tanto nos homens como nas mulheres, tendo em vista que a doença esta acometida tanto na infância como na fase adulta, ou seja, o indivíduo já nasce com essa complicação podendo ser desenvolvida logo na infância ou na fase adulta (COSTA, 2007).

Estudos científicos comprovam que o transtorno bipolar e uma doença depressiva na infância e adolescência. A depressão pode se apresentar como um sintoma, quanto o afeto e a tristeza, ou como uma síndrome ou mudança rápida de humor. Associando a idade a criança

pode apresentar sintomas diferentes, quando muito pequenas, elas não têm a capacidade de expressão, podem ficar muito chorosas ou apresentar irritabilidades e queixas somáticas. Vários fatores podem ser a causa da depressão infantil, tais como o papel da família no dia-a-dia da criança, pois haverá muito mais problemas nas crianças criadas com pais depressivos (LIMA, 2004).

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é considerado um dos mais prevalentes e potencialmente graves transtornos psiquiátricos, estando relacionado a uma disfunção nos circuitos cerebrais caracterizado à regulação das emoções. Considerando-se que este grupo étnico se encontra também sob o maior risco para o desenvolvimento da esquizofrenia. Destacando- se que o indivíduo com o transtorno bipolar, como problemas ligados ao estresse pós-imigração e ao preconceito racial (SANCHES, JORGE, 2004)

A manifestação do transtorno bipolar, esta relacionado a fatores genéticos e ambientais no meio externo e interno. É caracterizado por alterações de humor, seguido



de recorrências de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida. Podemos afirmar que a possível associação entre TB e fatores demográficos (sexo, etnia), devido a antecedentes familiares e história de depressão genética. O mecanismo genético pode estar relacionado na etiologia do TB, alterações cromossômicas e heterogeneidade de genes tendem a ser herdados juntos (MICHELON, VALLADA, 2004).

Estudos comprovam que atualmente o transtorno bipolar (TAB), é considerado um dos distúrbios psiquiátricos mais graves no mundo. Na mulher o TAB está relacionado à cognição, afeto e relacionamento interpessoais na qual abrange uma complexidade de emoções e sentimentos os quais permeiam as atividades sociais. Pode-se afirmar a personalidade de pacientes mulheres com transtorno bipolar, se refere à cognição, afeto e relacionamento interpessoal. (HISATUGO, YAZIGI, PORTO, 2007).

### 3.2 DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO BIPOLAR

O diagnóstico preciso para o transtorno bipolar ajuda numa boa avaliação psíquica e mental, para que o paciente não desenvolva as fases mais graves da doença, e pra que ele tenha mais tranquilidade socialmente no tratamento e que sinta segurança e confiança no profissional. O profissional pode observar sintomas diferentes no paciente e alterações de comportamento e de personalidades, humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, apresentar personalidades diferentes, acúmulo de estresse relativo, insônia ou hipersonia,

agitação ao retardo psicomotor, pensamentos de morte recorrentes, ideação de suicídio recorrente sem um plano específico, fator social. Tendo assim uma maior probabilidade em se obter um diagnóstico estável com o passar do tempo (SADOCK, SADOCK VIRGINIA, 2008, p.201).

O transtorno bipolar relativamente em suas formas mais graves associadas a delírios paranoides, agitação e irritabilidade. Pode ser semelhante á esquizofrenia, que apresenta em geral maior número de delírios, alucinações auditivas referindo ao paciente na terceira pessoa. O paciente com hipomania pode ser confundida com estados de humor normais, costumam ter desencadeantes positivos e negativos, são fatores com frequência a hipomania e o transtorno bipolar do tipo II, podem ser confundidos com transtornos e perturbações de personalidade, como antissocial e o histriônico e borderline. O diagnóstico

diferencial deve ser observado na infância e adolescência do paciente, para que o tratamento medicamentoso seja eficaz (MORENO, MORENO, RATZKE, 2004)

### 3.3 TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR

O tratamento de pacientes com transtornos, do humor deve ser analisado para vários objetivos. O primeiro passo deve ser a segurança do paciente tem de ser garantida. Segundo, deve ser conduzida uma avaliação diagnóstica completa. O terceiro plano deve iniciar um tratamento que vise não só tratar os sintomas imediatos, mas também oferecer e contribuir o bem-estar futuro do paciente. O tratamento atual enfatiza a farmacoterapia e as psicoterapias orientadas para paciente individual associam que o tratamento precisa reduzir o número e a gravidade dos estresses. Os transtornos bipolares e gratificantes para os psiquiatras tendo o tratamento mais especificam estão disponíveis tanto para episódios maníacos como para depressivo. O transtorno do humor é crônico, o psiquiatra deve avisar o paciente e a família sobre estratégias futuras de tratamento (SADOCK, SADOCK VIRGINIA, 2008, p.216).

De acordo com Mello (2008, p.205), A psicofarmacoterapia é indicada, sendo os estabilizadores do humor psicofármacos que promovem o equilíbrio e evitam novas crises. Podem ser usados os antipsicóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos de acordo com o quadro e fase em que o paciente se encontra, também oferecem bons resultados. De maneira psicofarmacoterapia as psicoterapias são indicadas como tratamento coadjuvante, na fase depressiva do transtorno bipolar as psicoterapias são as mesmas indicadas para a depressão clínica. Particularmente a reabilitação psicossocial para trabalhar aspectos cognitivos

prejudicados e autoestima. A psicoeducação tem uma abordagem objetiva para ensinar paciente e família sobre o transtorno, bem como seu tratamento e manejo.

Durante estudos de vida, o THB tipo I atinge aproximadamente 0.8% da população adulta, sendo homens e mulheres igualmente afetados. Já o THB tipo II afeta cerca, de 0.5%, da população sendo mais comum em mulheres. Aproximadamente 50% dos pacientes bipolares interrompem o tratamento pelo menos uma vez, por causa da frustração e má abordagem dos profissionais da psiquiatria. Pacientes que inicialmente tratados com lítio permanecem em tratamento somente por seis meses. Consideram-se três fatores nas

abordagens da não adesão à causa, e o método de avaliação diagnóstica da não adesão e as abordagens que aumentam a adesão (terapêutica). É fundamental a conscientização por parte dos profissionais da saúde que trabalham diretamente com pacientes psiquiátricos, quanto a importância e orientação do acompanhamento por meio de consultas médicas e orientações a respeito dessa doença e ao uso correto de medicamentos (SANTIN, CERESÉR, ROSA, 2004).

De acordo com o tratamento do transtorno bipolar pode ser tratado adequadamente com várias classes de medicação, incluindo o lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e mesmo a eletroconvulsoterapia. Porém, mesmo utilizando-se as mais adequadas estratégias medicamentosas, o curso do transtorno bipolar é caracterizado por sintoma crônico e por altos índices de recaída e internações. As abordagens psicoterápicas no tratamento do transtorno bipolar têm objetivo principalmente na adesão ao tratamento, a redução dos sintomas residuais, a identificação de pródromos sindrômicos com a consequência da prevenção de recaídas/recorrências, a diminuição das taxas e períodos de hospitalização e uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (KNAPP, ISOLAN, 2004).

A psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente, como qualquer intervenção ela é baseada no bom senso. O objetivo é promover os pacientes bipolares, tendo uma abordagem, teórico-prática e que lhes possibilitem ao entendimento do seu transtorno. Seu papel educativo e dinâmico aparece desde o início até o final do tratamento, sendo que a tarefa do terapeuta é educar e familiarizar o paciente em relação aos seus problemas e sua patologia, esclarecendo as implicações e consequências do diagnóstico estabelecido. A psicoeducação tem um tratamento eficaz, e tem como o objetivo de fazer o paciente um

colaborador ativo na terapia, baseada em métodos experimentais científicos (FIGUEIREDO et al., 2009).

O tratamento do transtorno bipolar envolve três fatores específicos: mania aguda, depressão aguda e manutenção.

◆ A mania aguda/ estados mistos

A mania aguda está relacionada ao tratamento e prevenção da mania e de hipomania no transtorno bipolar. Na ausência do tratamento específico, os episódios maníacos podem durar meses ou anos. A mania aguda deve ser tratada com lítio, valproato, carbamazepina, contudo podemos afirmar que todos estes tratamentos possuem vantagens e desvantagens e devem ser considerados individualmente. Pacientes bipolares parecem ser mais suscetíveis ao desenvolvimento de efeitos extrapiramidais do que pacientes com esquizofrenia. Porém é considerado eficaz no tratamento na mania aguda, muito embora estudos adequadamente para prover suporte a esta prática ainda não estejam disponíveis (GOODWIN, 2003).

#### ◆ Depressão

A depressão bipolar é definida como episódio depressivo em pacientes portadores de transtorno bipolar. Nessa fase depressiva o paciente pode adquirir na adolescência ou na vida adulta. Alguns fármacos são utilizados de forma inibidores de estresse e levando o paciente ao uso de antidepressivos. Nos casos extremos da doença o paciente não mantém contato com a realidade. (GOODWIN, 2003)

#### ◆ Manutenção

Nesse fator específico do transtorno bipolar o lítio, valproato e olanzapina apresentam uma eficácia no tratamento de manutenção, reduzindo recaídas depressivas e maníacas. Todos esses medicamentos representam uma eficácia de maior proteção e prevenção nos episódios de maníaco, porém todos os fármacos têm de ser controlado por prescrição médica, e consultar orientação médica em casos de evoluções e alterações do paciente. Foi apresentado 3 esferas específicas no tratamento do transtorno bipolar, conceituando-as e observando as formas do uso dos fármacos em diversos casos que surgem no mundo (KAPCZINSKI et al., 2004).

### 3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR

A intervenção de enfermagem e assistência do paciente com transtorno bipolar é um desafio a muitos profissionais de saúde, está voltada ao nível de conhecimentos do profissional e a relação interpessoal entre ele e o paciente. Com relação aos comportamentos depressivos, o isolamento social era bastante característico, pois o

enfermeiro tem de passar ao paciente total convicção, que está por dentro de sua vida e obter uma postura profissional exemplar, para poder passar uma maior segurança ao paciente. As medidas de terapias e intervenções devem ser usadas de acordo com o conhecimento do profissional com o seu paciente, ouvindo e identificando problemas no dia-dia do indivíduo e apresentando aconselhamentos para que o paciente não venha a desistir da terapia. São de total importância da enfermagem, notificar a família os meios de acolhimento e monitoramento que eles possam oferecer ao paciente para que ela não tenha evolução pra uma fase, mas grave da doença. (SADOCK; SADOCK, 2008).

À prática de enfermagem atribui estratégias de reflexão, durante a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno afetivo bipolar, a interação do profissional com o indivíduo e de grande importância para a confiança e compreensão. O profissional deve usar técnicas de comunicação e orientação para poder realizar ações voltadas ao paciente. Assim o enfermeiro tem de usar medidas terapêuticas, na assistência ao paciente psiquiátrico, de acordo com seus momentos de tensão emocional ou confusão. A grande importância diante dessa assistência de enfermagem e ajudar o paciente a diminuir a ansiedade, estresse, depressão, fatores sociais, crises e manias e proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do paciente. (MARTINS, 1999).

Estudos comprovam que a assistência de enfermagem pode ser voltada para um grupo de ações por meio da equipe multiprofissional, com foco de oferecer uma atenção integral para identificar na perspectiva de portadores com transtorno afetivo bipolar, as implicações de um grupo de Psicoeducação no seu cotidiano. Buscando assim atribuir estratégias de prevenção para que o paciente possa interagir com seu lado social, promovendo atividades educativas e orientação voltada para o seu próprio humor, evitando cargas de estresse, fator de isolamento, manias, atribuindo para que o paciente participe do tratamento de forma satisfatória, para que não ocorra o abandono do tratamento. Diante dessa assistência a equipe de enfermagem proporciona uma melhoria na qualidade de vida do paciente, evitando o agravamento da doença e favorecendo na retomada de algumas atividades que

anteriormente estavam comprometidas, tais como atividades domésticas e o trabalho. Além disso, buscar orientar a importância do apoio familiar para aquele paciente diante do tratamento, observando as mudanças positivas, promovendo no aumento da autoestima e

uma vida mais feliz e significativa, apesar de ser uma doença crônica e sem cura pode ser controlada evitando assim as complicações. (MENEZES, SOUZA, 2012).

De acordo com Correa et al. (2012) é de grande importância a implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas nos hospitais psiquiátricos. Devido a quedas em pacientes hospitalizados, que já se encontram em estado debilitado são eventos frequentes, trazendo consequências negativas para a recuperação e reabilitação do paciente. As lesões decorrentes de quedas ocorrem entre 15% a 50% dos eventos, resultando em grande variedade de danos ao paciente, como síndrome pós- queda aumentando a cormorbidade e comprometimento da sua recuperação. Trazendo assim uma sistematização da assistência de enfermagem, visando oferecer uma melhoria na qualidade de vida e proporcionando uma assistência humanizada ao paciente.

Segundo Furlan e Ribeiro (2011), é fundamental no Brasil a resolução e criação de um protocolo, para estabelecer o controle de metas na saúde mental, buscando promover uma assistência humanizada ao portador de transtornos mentais, visando obter uma melhoria na qualidade do atendimento. Sendo assim, é prioridade da enfermagem oferecer a assistência ideal no ato do cuidar na internação Psiquiátrica do portador de distúrbios mentais, com o foco de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do paciente diante o tratamento e período de internação.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

A pesquisa é de natureza qualitativa do tipo exploratória – descritiva. Uma abordagem tendo como fonte de pesquisa, enfermeiros que atuam em unidades de saúde mental no setor de psiquiatria, que venham a acompanhar pacientes com a patologia do transtorno afetivo bipolar (TAB). Estudo exploratório tem a finalidade do aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições; já o descritivo é a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Visando esclarecer ideias e conceitos, bem como uma melhor compreensão de fatores. (LAKATOS, 2010).

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, localizado na AV. Dom Pedro II, 1826, Torre em João Pessoa – PB. A escolha do local de estudo foi devido à grande demanda que o hospital recebe de pacientes com essa complicação para o tratamento, e por ser o maior complexo hospitalar Psiquiátrico de referência no Estado.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por 15 membros da equipe de enfermagem que trabalham no hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, usando os critérios de inclusão para aqueles profissionais que atuam no setor Psiquiátrico com experiência de 5 anos acima. Os critérios de exclusão será para aqueles profissionais que têm menos de 5 anos de experiência no setor Psiquiátrico e que não tenham interesse na pesquisa.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para o alcance dos objetivos a coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário (**apêndice B**), contendo questões subjetivas e objetivas em horários agendados previamente com os respondentes e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme dando liberdade para participante desistir a qualquer momento.

#### 4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram analisados através do uso das estatísticas descritivas e da análise do conteúdo, com apresentação de tabela, gráfico, porcentagens e relatório.

#### 4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Observar-se-á os aspectos éticos, no que diz respeito à pesquisa, envolvendo seres humanos em nosso país, conforme recomendação da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS). Portanto, os participantes do estudo terão respeitados o direito de decidir sobre a sua participação na pesquisa, além de ser-lhes assegurado o anonimato.

## **4.7 DESFECHOS**

### **4.7.1 Desfecho primário**

Corroborar dados da literatura acerca da Percepção de Enfermeiros sobre a assistência prestada ao paciente acometido por transtorno bipolar, de forma que este estudo venha contribuir positivamente na percepção dos profissionais de enfermagem a respeito da patologia, adquirir novos conhecimentos sobre a doença, e novas formas de intervenção, de tal modo que venha proporcionar uma melhor assistência de enfermagem e qualidade de vida satisfatória ao paciente acometido por transtorno bipolar durante o tratamento.

### **4.7.2 Desfecho Secundário**

Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação em revistas científicas com os devidos critérios aos pesquisadores integrantes do projeto. Os resultados também serão divulgados no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, onde foram colhidos os dados, conforme a resolução 466/2012 MS/CNS e a norma operacional nº 001/2013 MS/CNS.

## **4.8 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

Na análise do projeto foi composta por 15 enfermeiros (a), onde no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira a equipe de enfermagem é equivalente no total de 28 enfermeiros diaristas e plantonistas. Sendo assim, os 13 enfermeiros que não foram selecionados para preencher o perfil sociodemográfico para o estudo foi resultante de: 2 enfermeiros se encontravam de férias, 7 enfermeiros não tinham experiência no setor de saúde mental acima de 5 anos, 2 se recusaram a dar informações a presente pesquisa, e 2 que foram abordados só tinham 2 anos de formados. Não seria relevante a pesquisa com eles devido ao fato de não ter uma experiência abrangente acima de 5 anos no setor de Psiquiatria e saúde mental, de modo que eles não trariam muitas informações em relação a assistência de enfermagem prestada ao paciente acometido por transtorno afetivo bipolar, e nem conhecimento concreto sobre a patologia. 60,7% dos participantes são do sexo feminino, e 33,3% dos participantes eram do sexo masculino. Vimos que apenas 20,2% dos participantes estão entre 29 – 30 anos, 26,6% dos participantes estão



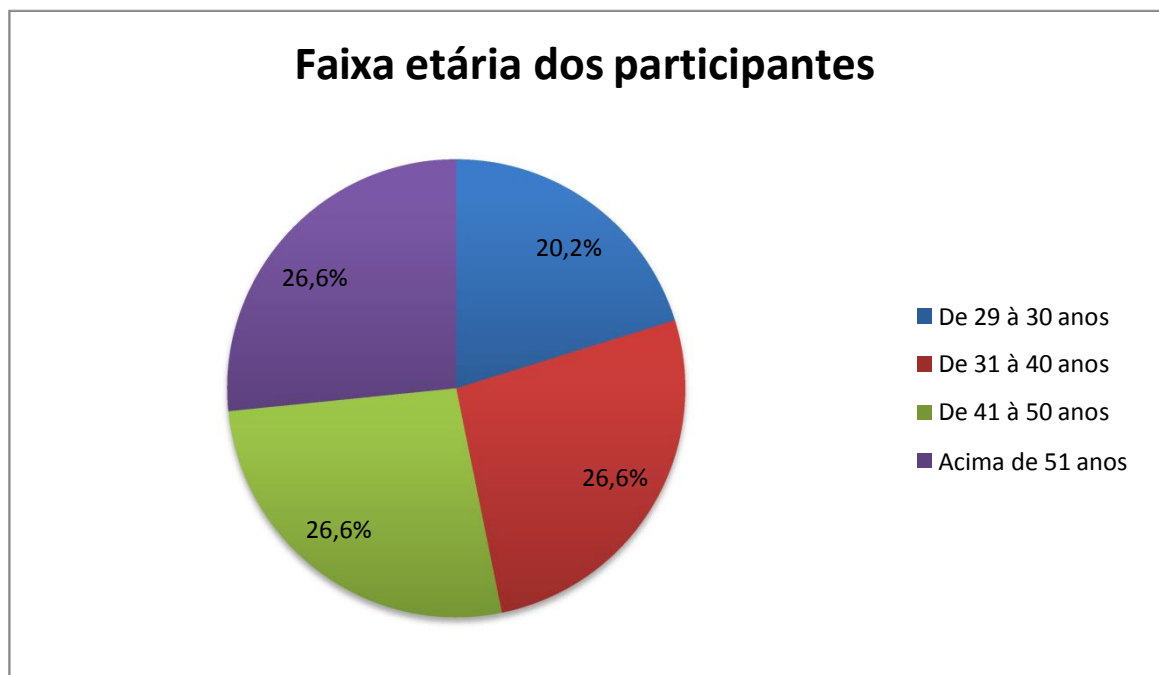
na faixa etária de 31 – 40 anos, 26,6% estão na faixa etária de 42 – 50 anos, e que, 26,6% dos participantes estão na faixa etária de 53 – 60 anos. Em relação ao tempo de formação acadêmica todos os entrevistados tinham mais de 5 (cinco) anos de formados e todos atuam na área de saúde mental a mais de 5 (cinco) anos, como segue abaixo no gráfico.

**QUADRO 1 - Apresentação dos participantes**

<b>PROJETO DE PESQUISA COM 15 ENFERMEIROS</b>	<b>VALORES PORCENTUAIS</b>	<b>IDADES DOS PARTICIPANTES</b>	<b>SEXO</b>
<b>15</b>	<b>60,7% 33,3%</b>	<b>29-----60</b>	<b>Feminino Masculino</b>

Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014

**Gráfico: 1 Idades dos participantes**

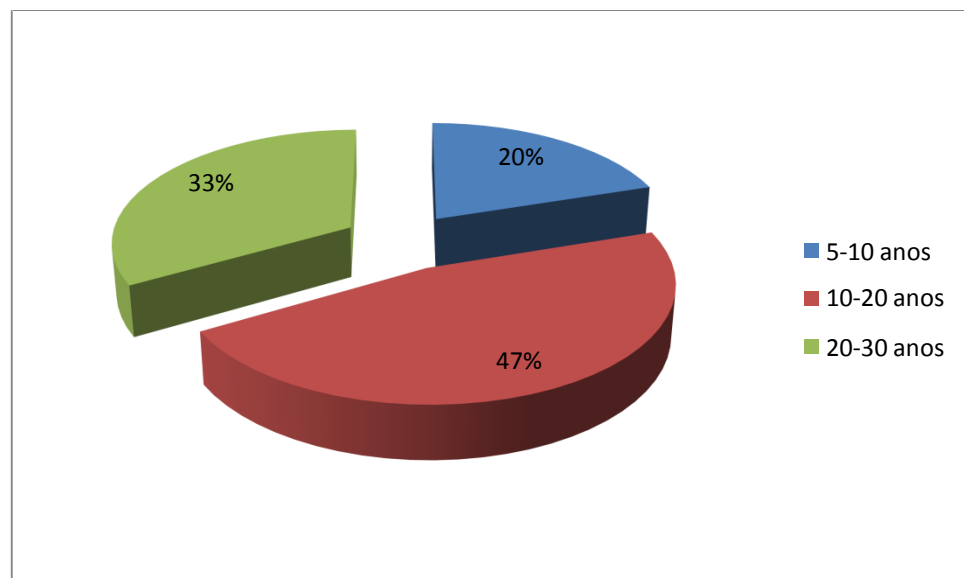


Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014

Dos participantes com idades entre 5-10 anos de formados foram 20%, participantes entre 10 –20 anos foram 46,7%, e entre 20-30 anos de profissão foram 33,3%, conforme o gráfico abaixo. A experiência nos variados diagnósticos e intervenções de enfermagem na Psiquiatria fazem do enfermeiro ter um olhar diferenciado diante a assistência prestada ao paciente acometido por transtorno afetivo bipolar e outras patologias diversas (FIGUEIREDO et al., 2009).

Em relação aos profissionais de enfermagem quanto ao tempo de formados obtivemos excito de 100% na presente pesquisa, pois o estudo possibilitou informações primordial para aqueles que foram entrevistados, todos tinham acima de 5 anos nos serviços de saúde mental, e mostraram estar satisfeitos por atuar no setor de Psiquiatria.

**Gráfico: 2 Tempo de Formados**



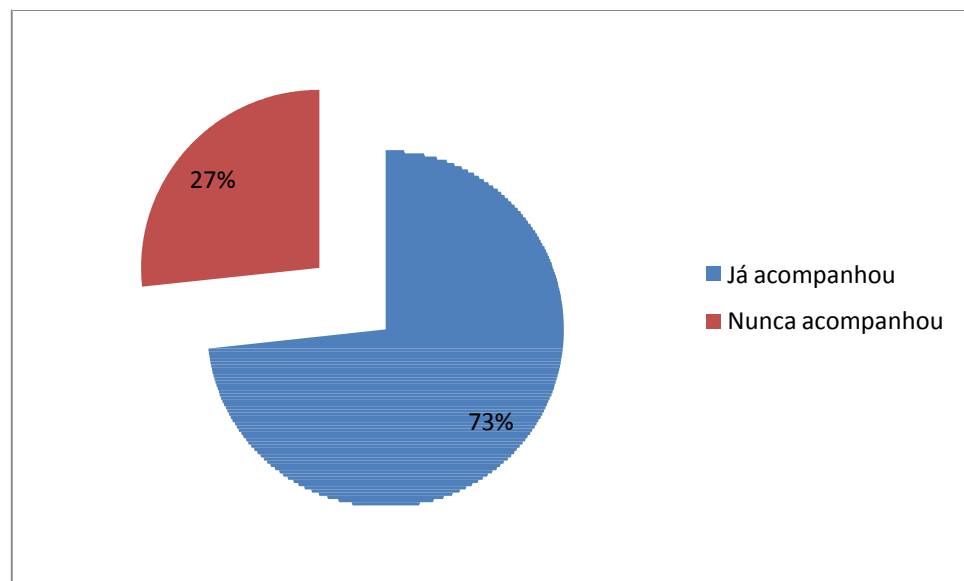
Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014.

No que diz respeito a avaliação da primeira questão do questionário no qual

pergunto se já acompanhou algum paciente com transtorno afetivo bipolar: 73,3% dos entrevistados responderam que já acompanharam sim pacientes com transtorno afetivo bipolar, 26,7% dos participantes responderam que nunca acompanhou nenhum paciente com transtorno afetivo bipolar.

Sendo assim, no gráfico abaixo irar ser identificados, dados completos do presente estudo trazendo informações concretas em relação ao acompanhamento do profissional de enfermagem com o paciente acometido por transtorno afetivo bipolar. Foram submetidos a análise dos resultados onde foi comprovado que a maioria dos profissionais se encontram preparados e habilitados para acompanhar os pacientes que sofrem com essa patologia de modo integral, proporcionando uma assistência humanizado e satisfatória para que o cliente aceite o tratamento.

**Gráfico: 3 dados de acompanhamento da doença pelo enfermeiro**



Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014.

Abordamos na segunda questão, que se refere ao grau de conhecimento do profissional de enfermagem a respeito do transtorno afetivo bipolar (TAB), onde todos os entrevistados responderam e forneceram informações positivas (80%), e também negativas (20%). Levando em consideração destacar algumas falas:

*É uma crise de transtorno do humor e personalidade onde o individuo apresenta dois*

*polos e quadros depressivos. (S1)*

*É um transtorno que o paciente sofre independente de sexo, é o desequilíbrio no estar de caráter, personalidade e síndromes depressivas. (S2)*

*Antigamente conhecido como Psicose maníaco depressivo (PMD), trata-se de uma doença crônica relacionada ao humor ou afeto e classificada da depressão e também distímia considerada uma doença psiquiátrica muito bem definida, embora tenha um quadro clínico variado é um dos transtornos com sintomatologia mais consistente da psiquiatria. (S3)*

*Está patologia está associada a depressão, mudanças de comportamento do humor e alterações de personalidades. (S4)*

*É a patologia com várias oscilações de humor inerente a cada cliente, ela surge da maneira mais simples e da mas complexa, levando o sofrimento psíquico. (S5)*

*São dois estados emocionais (alegria e tristeza), é considerada uma doença psiquiátrica muito bem definida, pelo fato de ocorrer mudanças de humor e comportamento bem claras na hora da crise. (S6)*

*É uma patologia que é desenvolvida durante a adolescência com início de fase aguda, onde é decorrente para o estado crônico, e tem uma variação rápida de humor, mania, delírio e nos casos mais graves da doença a um estado de depressão grave. (S7)*

*É uma patologia que faz parte dos transtornos do humor (afetivos), que incluem também a depressão, mania, a hipomania e os transtornos persistentes do humor (ciclotímia e distímia), de relevante cronicidade e severidade de sintomas, causando prejuízos psicossociais. (S8)*

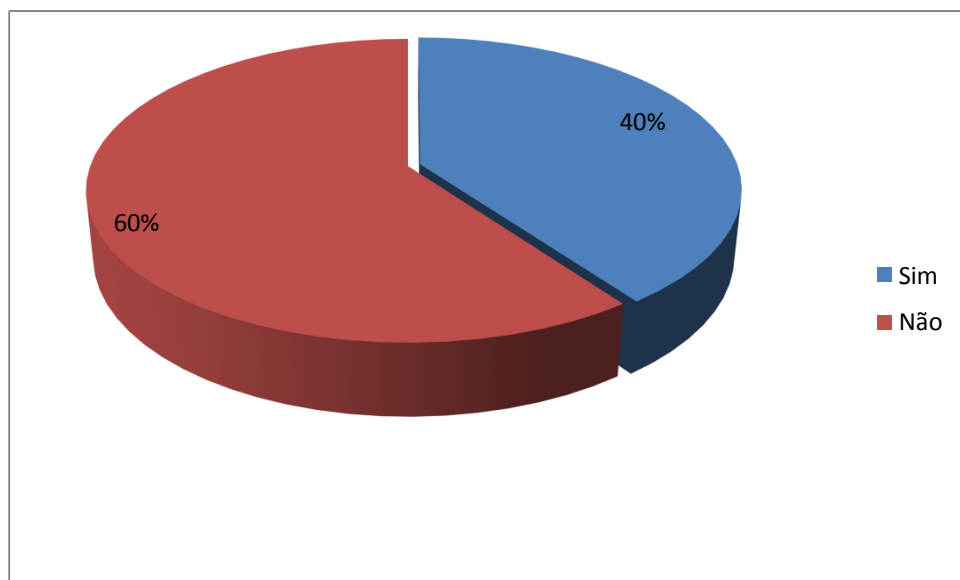
*É uma patologia distinta cujo qual tenho pouco conhecimento em relação a sua definição e mudanças de terminologias. (S9)*

O transtorno afetivo bipolar é um distúrbio psiquiátrico complexo, sua característica, mais marcante é a alternância, às vezes súbita, de episódios de depressão com os de euforia (mania e hipomania) e de períodos assintomáticos, sendo assim as crises podem variar de intensidade (leve, moderada e grave), frequência e duração de acordo com o meio de vida do paciente (CAMPOS, 2010).

Segundo as falas dos entrevistados pode-se perceber que 80% dos enfermeiros tinham conhecimento sobre a doença, de modo que contribuíram em fornecer informações essenciais para o conceito do transtorno afetivo bipolar, sendo assim, mostraram total segurança em responder a presente questão, tendo um nível de conhecimento semelhante da literatura. Pode-se destacar também 20% dos enfermeiros não tinham conhecimento sobre a doença, de modo que não tiveram informação relevante para a presente pesquisa.

Na terceira questão, é referente se o enfermeiro já tinha participado de algum curso, congresso, palestra ou especialização sobre o transtorno afetivo bipolar. E comentar sobre a experiência e sua importância. Assim iremos proporcionar um levantamento de dados, para ser observado se o profissional de enfermagem se encontra capacitado para atuar na área de saúde mental no setor de psiquiatria. Seguem no gráfico abaixo informações onde 40% dos entrevistados responderam sim, e 60% dos entrevistados responderam não, em relação a presente questão e logo após algumas falas destacadas.

**Gráfico: 4 dados se o enfermeiro já participou de alguma capacitação**



Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014.

De acordo com o gráfico acima, pode-se observar que a maioria dos enfermeiros entrevistados, eles nunca participaram de uma capacitação sobre o transtorno afetivo bipolar. Essa questão se torna relevante para os futuros profissionais de enfermagem que pretendem atuar no setor de psiquiatria, buscar adquirir novos

conhecimentos e capacitação através de cursos e palestras em relação a temática abordada. Podemos destacar algumas falas:

*Sim, pois possibilitou na técnica e conhecimentos específicos da patologia. (S1)*

*Sim, foi muito boa a experiência, pois trouxe avanços para meus conhecimentos e me deixar preparado para discutir o assunto com mais segurança, e foi muito importante esse conhecimento com a patologia, para poder prestar uma assistência satisfatória e especializada no cuidado diário com o cliente. (S2)*

*Sim, já participei e foi bastante importante possibilitando na ampliação de conhecimentos sobre a doença, e me dar uma maior experiência como profissional. (S3)*

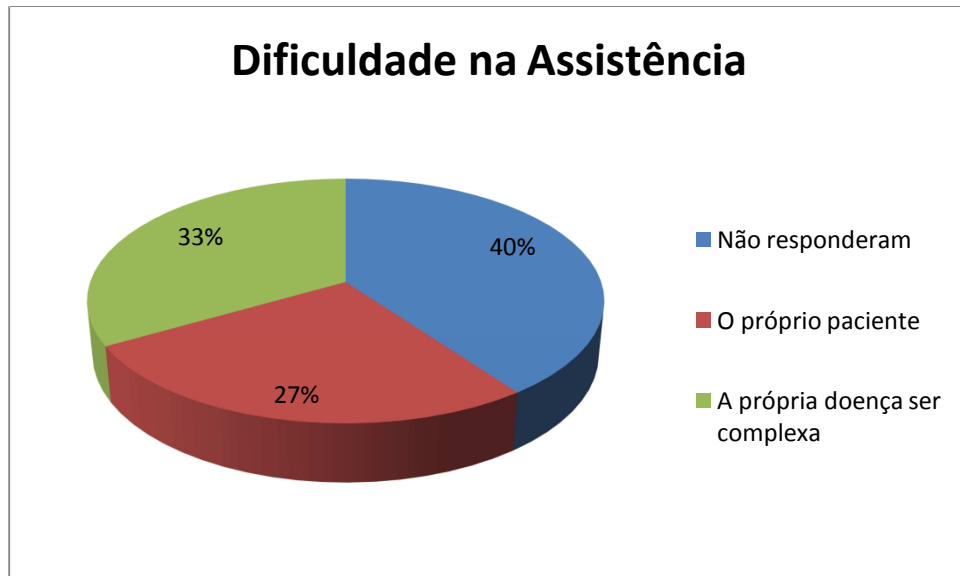
*Não, a instituição nunca ofereceu um curso, palestra ou capacitação que dessem oportunidade do profissional ir adquirir novos conhecimentos. (S4)*

*Não, nunca tive interesse em relação a temática do transtorno afetivo bipolar, de modo que não achei importante ir fazer uma capacitação. (S5)*

*Não, pelo fato de trabalhar em mais de um emprego, sendo assim não teria tempo de ir para uma capacitação e palestra sobre o presente tema. (S6)*

Na quarta questão, fizemos uma pergunta que se tornou a mais importante para nossa pesquisa, e que possa contribuir e ser relevante para futura geração de profissionais de enfermagem que já atuam e os que pensam em atuar no setor de psiquiatria. Perguntei para os entrevistados, em seu ponto de vista qual a principal dificuldade que os enfermeiros enfrentam para prestar assistência frente ao paciente com transtorno afetivo bipolar. Seguem no gráfico abaixo informações onde 40% dos entrevistados não responderam a questão, 27% dos enfermeiros apontaram para o próprio paciente, e 33% afirmaram que a própria doença ser complexa.

#### **Gráfico: 5 Dificuldade na Assistência**



Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014.

De acordo com o gráfico apresentado acima, foi observado que os profissionais de enfermagem entrevistados se encontram com um déficit de pouco conhecimento em relação à doença, de modo que está ocasionando na criação de barreiras e na dificuldade de prestar uma assistência de qualidade e satisfatória para o paciente com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Podemos destacar algumas falas:

*O próprio paciente desconhece a patologia, hora ficando insatisfeito durante o tratamento e por falta de recursos e materiais na instituição. (S1)*

*O manejo com o paciente pela dificuldade da patologia, a falta de conhecimento da doença, mudanças de comportamentos relacionados ao humor, personalidade, manias e depressão. (S2)*

*A falta de conhecimento, a falta de compromisso com a instituição do profissional, falta de humanização com o paciente. (S3)*

*Os próprios pacientes não aceitam que tem a doença, a crise e mudanças de personalidade, humor, hora com insatisfação na aceitação ao tratamento. (S4)*

*Por ser uma patologia de variadas proporções, é bastante complexa até para os médicos psiquiátricos devido às crises de temperamento, humor, e nos casos mais graves da doença diversos tipos de depressão. (S5)*

*Os próprios pacientes não querer procurar ajuda e o acompanhamento médico especializado, não aceitarem que tem o transtorno afetivo bipolar, não ter o apoio e inserção ao tratamento pela família, não aceitar tomar a medicação. (S6)*

*Por ser uma patologia que é desenvolvida de uma forma aguda, onde surge na adolescência tanto nos homens como nas mulheres, o próprio paciente por sofrer estigmas e preconceitos não aceita satisfação e confiança durante a assistência. (S7)*

De acordo com as falas dos entrevistados pode-se perceber que em sua maioria foi citada a própria doença por ser complexa e devido à falta de conhecimento do profissional de enfermagem em relação da patologia, como fator principal de dificuldade na prestação da assistência. Também relataram que o próprio paciente dificulta essa assistência por causa das mudanças de comportamento, oscilações do humor, e a não compreensão e aceitação do mesmo ter o transtorno afetivo bipolar.

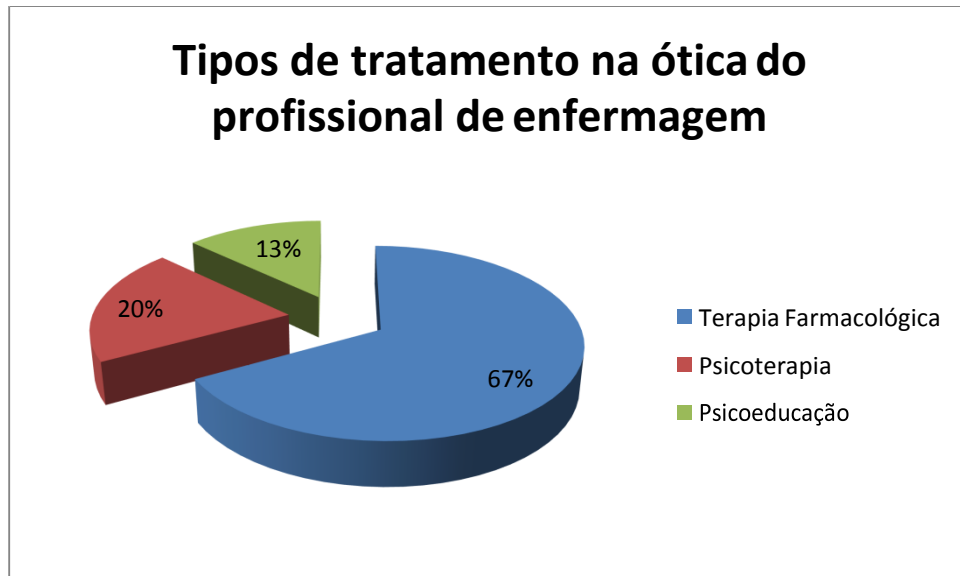
Segundo Juliano Moreira (ROCHA, 2008), afirmava que o bom trabalho implicava compreender o alienado como doente; para isso, considerava fundamental selecionar bem os enfermeiros (escolhendo aqueles que tivessem mais “disposições naturais” para esse tipo de atividade), fornecendo-lhes ensino e capacitação ao trabalho. Previa que se os pacientes novos fossem tratados por enfermeiros preparados, - na proporção de um enfermeiro para sete ou oito doentes, - seria possível reduzir em até 50% o número daqueles que se tornariam crônicos.

Na quinta questão, fizemos uma pergunta que é relevante para futura geração de enfermeiros e para os pacientes e seus respectivos familiares, perguntei no ponto de vista do

próprio profissional de enfermagem o que ele considerava mais importante no tratamento do transtorno afetivo bipolar. Seguem no gráfico abaixo informações onde 67% dos entrevistados responderam a terapia farmacológica, 20% citaram a psicoterapia, e 13% apontaram a psicoeducação como outras formas de tratamento.

#### **Gráfico: 6 Tipos de tratamento na ótica do profissional de enfermagem**





Fontes: dados coletados pela pesquisa no curso de enfermagem, FESVIP, 2014.

De acordo com o gráfico apresentado acima, podemos observar que todos os entrevistados participaram nessa questão, contribuindo com informações diferenciadas para a pesquisa, trazendo avanços e novos conhecimentos para a visão ótica do profissional de enfermagem, em relação à importância do tratamento especializado ao paciente acometido por transtorno afetivo bipolar. Podemos destacar algumas falas:

*O tratamento medicamentoso é muito importante, porém tem de ser acompanhado e prescrito pelo médico psiquiatra. (S1)*

*A psicoeducação onde você irar ter a participação da interação entre o paciente, familiares, e o próprio profissional, afastando preconceitos sociais e estigmas, permitindo uma melhor compreensão da patologia e a importância do tratamento. (S2)*

*Á fármaco-terapia é uma forma de tratamento mais especializado, onde ela permite o paciente com transtorno afetivo bipolar possa ser tratado em sua casa, apenas com o acompanhamento de um médico psiquiatra. (S3)*

*A psicoterapia é bastante importante, cuja finalidade é tratar os problemas psicológicos do paciente, tais como depressão, ansiedade, dificuldades de relacionamento durante o tratamento. (S4)*

*O tratamento medicamentoso permite que o paciente não tenha mudanças de*

*comportamento, evitando as crises da patologia e a própria depressão. (S5)*

*A psicoeducação é bastante importante, fazendo com que os familiares tenham entendimento da patologia e ofereçam total apoio ao paciente durante o tratamento. (S6)*

A psicoeducação consiste em uma modalidade de intervenção psicossocial, importante para ensinar os familiares sobre a patologia, os tratamentos, as necessidades do paciente, as suas capacidades de desenvolvimento e habilidades, prevenção de recaídas e internações, a psicoeducação apresenta como um modelo eficaz para adesão ao tratamento psicofarmacológico, embora não substitua o tratamento medicamentoso (FIGUEIREDO et al., 2009).

Na sexta e última questão, pergunto na opinião do profissional se é possível o paciente com transtorno afetivo bipolar obter uma qualidade de vida normal e aceitável com o tratamento. (100%) dos entrevistados responderam que “Sim”, e podemos destacar algumas falas:

*Sim, se o paciente tem um acompanhamento de um profissional, seguindo a terapia medicamentosa e psicoterapias ele pode se inserir na sociedade. (S1)*

*Sim, o cliente que segue orientação da equipe multidisciplinar e terapia medicamentosa, ele pode não apresentar as crises da doença, até mesmo ser inserido na sociedade e em trabalhos remunerado. (S2)*

*Sim, o tratamento ajuda o paciente a ser reinserido na sociedade desde que esteja com acompanhamento psiquiátrico para a prescrição de medicação controlada e até mesmo entrar no mercado de trabalho. (S3)*

*Sim, o paciente aceitando fazer uso das medicações conforme recomendações médicas, irar ter uma vida mais leve, não só a do paciente mais a de seus familiares também. (S4)*

*Sim, o tratamento possibilita na reabilitação e inserção do paciente a sociedade e até ao mercado de trabalho. (S5)*

*Sim, o tratamento possibilita o doente compreender a importância da terapia medicamentosa, permitindo que o mesmo não venha apresentar recaídas e se inserir a sociedade. (S6)*

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto que foi explanado na pesquisa exploratória, vimos que conseguimos responder nosso objetivo que era Identificar as dificuldades enfrentadas na assistência de enfermagem dos profissionais no tratamento de pacientes com transtornos afetivos bipolares. Podemos observar que todos os participantes tem um déficit de dificuldade em prestar uma assistência satisfatória ao paciente, por meio da falta de conhecimento, capacitação e treinamento na área de saúde mental e de buscar novas informações e terminologias científicas em relação à patologia abordada. 33% dos enfermeiros entrevistados afirmaram que a dificuldade está voltada no não entendimento da própria doença por ser complexa, 40% dos enfermeiros não souberam responder, e 27% citaram que a dificuldade se encontra com o próprio manejo entre o profissional e o doente.

Assim a enfermagem não deve se deixar levar por arranjos e acomodações imediatas ou por resistência à mudança, mais introduzir experiências que modifiquem sua prática em direção a uma assistência voltada às reais necessidades que o paciente acometido por transtorno afetivo bipolar necessita e seus familiares envolvidos no processo. A sensibilidade é fundamental para percebemos os múltiplos determinantes que envolvem no cuidado ao portador durante o tratamento.

O presente estudo proporcionou uma boa aprendizagem, no que se diz respeito aos estudos realizados na literatura, possibilitando assim um maior conhecimento científico e prático a patologia, para que possamos melhor assistir-intervir junto ao paciente acometido por transtorno afetivo bipolar.

Sendo assim, estes conhecimentos são de suma importância na vida acadêmica e para futura vida profissional, onde o enfermeiro através de seus conhecimentos teórico científicos poderá prestar uma assistência de qualidade ao paciente e contribuir para a melhora no seu quadro clínico, proporcionando que o portador de transtorno afetivo bipolar tenha um tratamento especializado.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Marrissol Bastos de. **Psiquiatria para enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012. SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A; Transtornos do Humor. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008, p.195-230.

COSTA, Anna Maria niccolai; Transtorno afetivo bipolar: carga de doença e custos relacionados. **Revista Psiquiatria Clínica** 35 (3)104-110, 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n3/03.pdf>>. acesso em: 15/10/2012.

MELLO, Inaiá Monteiro; Transtorno do humor. **Enfermagem Psiquiátrica e de saúde mental na prática**. São Paulo: Atheneu. 2008, p. 204-205.

LIMA, Dênio; Depressão e doenças bipolares na infância e adolescência. **Jornal de pediatria-Vol. 80 (2)**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa03.pdf>>. acesso em: 15/10/2012.

SANCHES, Marsal; JORGE, Miguel Roberto; Transtorno afetivo bipolar um enfoque transcultural. **Revista Brasileira de Psiquiatria Vol. 26 (3)**. Oct. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700013&script=sci_arttext)>. acesso em: 17/10/2012.

HASATUGO, Carla Luciano Codani; YAZIGI, Latife; PORTO, José Alberto Del; Cognição, afeto e relacionamento interpessoal de mulheres com transtorno afetivo bipolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica. 22 (3)** 377-385, 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a08.pdf>>. acesso em: 19/10/2012.

MICHELON, Leandro; VALLADA, Homero; Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clin. 32 (1)** 21-27, 2005.. Disponível em: <<http://www.scelo.br/pdf/rpc/v32s1/24408.pdf>>. acesso em: 19/10/2012.

KANAPP, Paulo; INSOLAN, Luciano; Abordagens Psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. 32 (1)** 98-104, 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>>. acesso em: 21/10/2012.

SANTIN, Aínda; CERESER, Keila; ROSA, Adriane; Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clin. 32 (1)** 105-109, 2005 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24419.pdf>>. acesso em: 20/10/2012.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, DorisHupfeld; RATZKE, Roberto; Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no tratamento bipolar. **Rev. Psiq. Clin 32 (1)** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24411.pdf>>. acesso em: 29/09/2012.

FIGUEIREDO, AngelaLeggerini, et al O uso da Psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva** 11 (1), jun 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452009000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003)>. acesso. 29/09/2012.

KAPCZINSKI, Flávio; GAZELLE, Fernando Kratz; FREY, Benício; ANNA, Márcia Kauer Sant; TRAMONTINA, Juliana; Tratamento farmacológico do transtorno bipolar: as evidências de ensaios clínicos randomizados. **Rev. Psiq. Clin.** **32 (1)** 34-38, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24410.pdf>>.acesso em: 30/09/2012.

MARTINS, Luciana Monteiro Mendes; Assistência de enfermagem a pacientes com desordem bipolar e sentimentos da estudante de enfermagem: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** **33 (4)** 421-7, dez, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a14.pdf>>.acesso em: 28/09/2012.

MENEZES, Sarita Lopez; SOUZA, Maria Bernardo de Mello; Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** **46 (1)** 124-312, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S008062342012000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S008062342012000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.acesso em: 10/10/2013.

CORREA, Arlete Duarte, et al. Implantação de um Protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** **48 (1)** 67-74, 2012.

FURLAN; Marcela Martins, RIBEIRO; Cléa Regina de Oliveira, Abordagem existencial do cuidar em enfermagem Psiquiátrica hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** **45 (2)** 390-396, 2011.

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A; Transtornos do Humor. **Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008, p.202- 222.

FIGUEIREDO, Ângela Leggerini, et. al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva**.Vol. XI, n 1, 15-24, Campinas-SP, 2009.

CAMPOS, Rodolfo Nunes; CAMPOS, João Alberto de Oliveira; SANCHES, Marsal. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Revista psiquiatria clinica**. **37 (4)**: 162-6. São Paulo, 2010.

LAKATOS, E. M; MARCONE, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed.-São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem Em Saúde Mental**. 2. Ed., atualizada, e ampliada. P. 17. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

**APÊNDICE : QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS QUE ATUEM NO  
COMPLEXO PSIQUIATRICO JULIANO MOREIRA**

**Nome do**

**Entrevistado: Idade:**

**Sexo:** ( ) Masculino ( )

**Feminino Quanto tempo de**

**Formado:**

1) Você já acompanhou algum paciente com transtorno afetivo  
Bipolar? Sempre ( ) as vezes ( ) Nunca ( )

2) O que você conhece sobre o transtorno afetivo bipolar (TAB)?

---

---

3) Você já participou de algum curso, congresso, palestra ou especialização sobre o  
transtorno afetivo bipolar? Comente sobre essa experiência e a sua importância.

---

---

---

4) Em sua opinião qual a principal dificuldade que os enfermeiros enfrentam para  
prestar assistência frente ao paciente com transtorno afetivo bipolar?

---

---

---

5) No seu ponto de vista o que você considera de mais importante no tratamento do

transtorno afetivo bipolar?

---

---

---

- 6) Na sua visão, você acha possível o paciente com Transtorno Afetivo Bipolar obter uma qualidade de vida normal e aceitável com tratamento?

---