UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

PROTOCOLO DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA

Autora: Vivian Cristina Gama Souza Lima
Orientadora: Profa. Dra. Gisella de Carvalho Queluci
Coorientadora: Profa. Dra. Euzeli da Silva Brandão
Linha de Pesquisa: O cuidado de Enfermagem para Grupos Humanos

Niterói, fevereiro de 2018

Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial

PROTOCOLO DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA

Autora: Vivian Cristina Gama Souza Lima

Orientadora: Profa. Dra. Gisella de Carvalho Queluci

Coorientadora: Profa. Dra. Euzeli da Silva Brandão

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O cuidado de Enfermagem para Grupos Humanos

Niterói, fevereiro de 2018

PROTOCOLO DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA

Linha de pesquisa: O cuidado de enfermagem para os grupos humanos.

Autora: Vivian Cristina Gama Souza Lima

Orientadora: Profa. Dra. Gisella de Carvalho Queluci

Coorientadora: Profa. Dra. Euzeli da Silva Brandão

Banca Examinadora:

_____

Profa. Dra. Gisella de Carvalho Queluci (EEAAC/UFF) - Presidente

_____

Profa. Dra. Camila Pureza Guimarães da Silva (HFB/MS) – 1º Examinador

_____

Profa. Dra. Euzeli da Silva Brandão (EEAAC/UFF) – 2º Examinador

_____

Profa. Dra. Francimar Tinoco de Oliveira (EEAN/UFRJ) – Suplente

_____

Profa. Dra. Ana Carla Dantas Cavalcanti (EEAAC/UFF) - Suplente

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

L 732 Lima, Vivian Cristina Gama Souza.
Protocolo de cuidados básicos de enfermagem para clientes pós-angioplastia transluminal coronariana / Vivian Cristina Gama Souza Lima. – Niterói: [s.n.], 2018.
105 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2018.
Orientador: Profª. Gisella de Carvalho Queluci.
Coorientador: Profª. Euzeli da Silva Brandão.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Angioplastia. 3. Guias de prática clínica como assunto. I. Título.

CDD 610.73

Bibliotecária responsável: Suelen de Mendonça S. Cóquero CRB-7 6163

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha mãe, Fátima Gama Souza, que hoje vive apenas na minha memória, mas que contribuiu para a formação do meu caráter, me deu a vida e sempre foi um exemplo de ser humano para mim.

A todos os clientes com doença cardiovascular, em especial aos com doença coronariana, motivo da minha inquietação e interesse na pesquisa científica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus, razão da minha vida e base de tudo para mim. Sem ele, eu não caminharia metade do que foi necessário para chegar a esta etapa. Sigo em frente somente por sua existência e por tudo que fez e fará na minha vida. Muito obrigada, Senhor Deus.

À minha família pelo carinho e compreensão, palavras de apoio, torcida e oração. Em especial, ao meu marido Jheimson e minha filha Nicole, que de perto acompanharam os meus momentos de cansaço e precisaram lidar com minha ausência devido ao tempo dedicado ao estudo.

Às minhas amigas e companheiras de plantão, enfermeiras que tanto me incentivaram com palavras de apoio e carinho.

À professora Renata Flávia Abreu da Silva (UNIRIO), que foi a primeira pessoa a acreditar que esse sonho se tornaria real e me incentivar a buscar o conhecimento.

Aos colegas de turma do MPEA/UFF, que participaram ativamente deste momento e me ajudaram nas pesquisas. Em especial, à Viviane Spitz pelo auxílio na formatação.

À Carla Etiel pelo auxílio na revisão ortográfica e formatação.

Às professoras coordenadoras, Dra. Eliane Ramos Pereira e Dra. Rosimere Ferreira Santana e a todo corpo acadêmico do MPEA pela contribuição na minha formação.

Às minhas orientadoras, Dras. Gisella de Carvalho Quelluci e Euzeli da Silva Brandão, norteadoras dessa pesquisa, sem as quais eu não conseguiria superar os obstáculos e as dificuldades.

Às professoras componentes da Banca Examinadora por todas as contribuições nesse estudo.
A todos vocês: muito obrigada!

“Bem-aventurado o homem que acha sabedoria e o homem que adquire conhecimento.”

Provérbios 3:13

RESUMO

LIMA, V. C. G. S. PROTOCOLO DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA. Relatório Final de Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense, 2018.

O objeto de estudo dessa pesquisa é definido como os cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós-angioplastia transluminal coronariana (ATC). Os objetivos são: 1 - Elaborar um protocolo de cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós-ATC; e 2 - Validar o protocolo através da avaliação de especialistas. Método: Estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa e medidas quantitativas. O percurso metodológico foi dividido em três etapas: a primeira, uma revisão integrativa da literatura (RIL), que serviu como base teórico-científica para a segunda etapa: elaboração do protocolo. A terceira etapa é a validação do protocolo por enfermeiros especialistas. Foi feita a RIL, e após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos. O protocolo foi elaborado a partir da identificação dos cuidados de enfermagem encontrados na literatura e do conhecimento teórico-prático das pesquisadoras. Constou de itens encontrados nos artigos e itens relacionados aos cuidados básicos de enfermagem de Virgínia Henderson, além de algumas recomendações da *American Heart Association*. Distribuiu-se os cuidados em três partes: Acolhimento do cliente na unidade pós-angioplastia transluminal coronariana, intervenções de enfermagem durante a recuperação/repouso e cuidados e orientações para a alta, totalizando 25 itens em sua primeira versão. Para validação do protocolo elaborado, foi utilizada a técnica Delphi e selecionados nove enfermeiros com experiência ou especialização na área de cardiologia e hemodinâmica como juízes. Resultados: Foi evidenciado na análise dos resultados da RIL e das respostas dos especialistas que os enfermeiros preferem discutir as complicações do procedimento ao invés dos cuidados básicos de enfermagem. Foram necessárias três rodadas de perguntas e respostas para que todos os itens do protocolo atingissem taxa de concordância e índice de validade de conteúdo de no mínimo 0,9. De acordo com as sugestões feitas pelos especialistas e análise das mesmas, o documento foi alterado, o qual em sua versão final totalizou 28 itens. Considerações Finais: Espera-se, com os resultados, nortear a prática do enfermeiro favorecendo a qualidade da assistência. Sugere-se a aplicação do protocolo elaborado na prática clínica, bem como a construção de novos protocolos abordando os períodos pré e trans-ATC.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Angioplastia, Guias de Prática Clínica como Assunto.

ABSTRACT

LIMA, V. C. G. S. PROTOCOL OF BASIC CARE OF NURSING FOR CLIENTS POST-ANGIOPLASTY CORONARIAN TRANSLUMINAL. Final Report of Master Thesis - Aurora Afonso Costa School of Nursing - Fluminense Federal University, 2018.

The object of study of this research is defined as basic care of nursing to promote client comfort after percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). The objectives are: 1 - To elaborate a protocol of basic care of nursing to promote the comfort of the client after PTCA; and 2 - Validate the protocol through expert assessment. Method: Descriptive study, qualitative approach and quantitative measures. The methodological course was divided into three stages: the first, an integrative literature review (RIL), which served as a theoretical-scientific basis for the second stage: protocol elaboration. The third step is protocol validation by specialist nurses. The RIL was done, and after applying the inclusion and exclusion criteria, 13 articles were selected. The protocol was elaborated from the identification of the nursing care found in the literature and from the theoretical-practical knowledge of the researchers. It consisted of items found in the articles and items related to basic nursing care of Virginia Henderson, in addition to some recommendations from the American Heart Association. The care was distributed in three parts: Customer reception in the coronary transluminal post-angioplasty unit, nursing interventions during recovery / rest and care and guidelines for discharge, totaling 25 items in its first version. To validate the protocol, the Delphi technique was used and nine nurses with experience or specialization in the area of cardiology and hemodynamics as judges were selected. Results: It was evidenced in the analysis of the RIL results and the answers of the specialists that the nurses prefer to discuss the complications of the procedure instead of the basic nursing care. Three rounds of questions and answers were required for all items in the protocol to reach agreement rate and content validity index of at least 0.9. According to the suggestions made by the experts and their analysis, the document was changed, which in its final version totaled 28 items. Final Considerations: It is hoped, with the results, to guide the practice of the nurse favoring the quality of care. It is suggested the application of the protocol elaborated in clinical practice, as well as the construction of new protocols addressing the pre and trans-ATC periods.

Keywords: Nursing Care, Angioplasty, Clinical Practice Guidelines as Topic.

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO I – Introdução..... 15

1.1. Tema e Problema de Pesquisa..... 15

1.1.1. Motivação do Estudo..... 15

1.1.2. Contextualização do Problema de Pesquisa..... 15

1.2. Objeto de Pesquisa..... 18

1.3. Questões Norteadoras..... 18

1.4. Objetivos..... 18

1.5. Justificativa e Relevância do Estudo..... 18

2. CAPÍTULO II – Bases Teóricas..... 22

2.1. Fundamentação Teórica..... 21

2.1.1 Sobre a história da Angioplastia Coronariana e Enfermagem Cardiovascular..... 22

2.1.2. Doença Arterial Coronariana e Angioplastia: conceito e considerações gerais..... 24

2.1.3. Política Nacional de Atenção Cardiovascular..... 27

2.1.4. Sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente e Diretrizes Clínicas..... 29

3. CAPÍTULO III – Referencial Teórico..... 32

3.1. O cuidado de enfermagem na visão de Virgínia Henderson..... 32

3.2. A teoria do conforto de Katherine Kolkaba..... 36

4. CAPÍTULO IV – Metodologia..... 39

4.1. Tipo de Estudo..... 39

4.2. Revisão Integrativa da Literatura..... 40

4.2.1. Descrição dos dados..... 46

4.2.2. Discussão..... 51

4.3. Elaboração do Protocolo de Cuidados de Enfermagem a Clientes Pós-ATC 56

4.4. Validação do Protocolo..... 58

4.4.1. Primeira etapa: Seleção dos especialistas..... 59

4.4.2. Segunda etapa: Encaminhamento do questionário/protocolo..... 59

4.4.3. Terceira etapa: Análise do conteúdo das respostas..... 60

4.4.4. Quarta etapa: Elaboração do segundo questionário..... 60
4.4.5. Quinta etapa..... 60
4.4.6. Sexta etapa..... 60
4.5. Aspectos Éticos da Pesquisa..... 61
4.5.1. Riscos e Benefícios..... 61
4.6. Análise Estatística Descritiva..... 62
5. CAPÍTULO V – Resultados..... 63
5.1. Perfil Sociodemográfico dos Especialistas..... 63
5.2. Análise das respostas dos especialistas sobre avaliação do protocolo..... 63
5.3. Análise Estatística Descritiva..... 71
5.4. Protocolo de Cuidados de Enfermagem a Clientes Pós-ATC..... 75
5.5. Discussão..... 82
6. Considerações Finais..... 87
7. Referências Bibliográficas..... 88
APÊNDICES..... 94
APÊNDICE A – Perfil do Especialista – Dados sociodemográficos e profissionais..... 94
APÊNDICE B – Orientação ao participante da pesquisa..... 96
APÊNDICE C – TCLE..... 97
ANEXOS..... 100
ANEXO A – Carta de Anuência/Termo de Responsabilidade SBHCI..... 100
ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP..... 103
ANEXO C– Carta Convite aos Participantes da Pesquisa..... 105

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diretrizes Clínicas..... 31
Figura 2 – Os quatro componentes do indivíduo, segundo Henderson..... 34
Figura 3 – Teoria do Conforto de Kolkaba..... 38
Figura 4 – Etapas da Metodologia do Estudo..... 39
Figura 5 – Representação gráfica das fases da Elaboração do Protocolo..... 57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados na base de dados da BVS, Cochrane e Scopus, segundo o tema Cuidado de Enfermagem na ATC..... 43
Quadro 2 – Dados da Primeira rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017..... 71
Quadro 3 – Dados da Segunda rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017..... 72
Quadro 4 – Dados da terceira rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017..... 73
Quadro 5 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Acolhimento ao Cliente". Niterói, 2017..... 75
Quadro 6 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Recuperação/Repouso". Niterói, 2017..... 77
Quadro 7 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Cuidados e Orientações para Alta". Niterói, 2017..... 80

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ATC - Angioplastia Transluminal Coronariana

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BDENF – Base de Dados de Enfermagem (Brasil)

BPF – Boas Práticas de Funcionamento

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CENIC - Centro Nacional de Investigações Cardiovasculares

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DAC - Doença Arterial Coronariana

DCV – Doença cardiovascular

ECG - Eletrocardiograma

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

ITC – Índice de Taxa de Concordância

LC – Linhas de Cuidado

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*)

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – Nefropatia induzida por contraste

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Pesquisa Baseada em Evidências

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SBHCI – Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista

SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro

SOBENC - Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Taxa de Concordância

TCLE – Termo de Consentimento livre e esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VC – Validade de Conteúdo

VE – Ventrículo Esquerdo

1. CAPÍTULO I – Introdução

1.1. Tema e Problema de Pesquisa

1.1.1. Motivação do Estudo

O interesse em estudar os cuidados de enfermagem ao cliente[I] pós-angioplastia transluminal coronariana (ATC) surgiu da experiência profissional como enfermeira nos cuidados ao cliente cardiológico. Em minha prática profissional atuei em diversos cenários como pós-operatório, atendimento ao cliente com infarto agudo, assistência ao cliente em choque cardiogênico e outras circunstâncias que exigem do enfermeiro, o conhecimento científico acerca do cuidado a ser prestado.

Posteriormente tive a oportunidade de atuar na área de Hemodinâmica, na realização de procedimentos percutâneos, dentre eles o cateterismo cardíaco e a angioplastia coronariana. Nesse contexto, pude observar que os clientes em recuperação estão sujeitos a complicações vasculares, além de limitações que podem gerar desconforto físico e emocional. Nesse cenário, percebi certa fragilidade no conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados a essa clientela, o que me despertou para a necessidade de pesquisar na literatura e desenvolver um protocolo de cuidados que norteasse o enfermeiro nas ações de enfermagem ao cliente pós-ATC.

1.1.2. Contextualização do Problema de Pesquisa

No âmbito da Enfermagem Cardiovascular, observa-se um avanço tecnológico importante, gerando inúmeros procedimentos técnicos para a equipe de saúde. É comum encontrar clientes internados em uso de diversos aparatos tecnológicos como catéteres, monitorizações, ventiladores mecânicos, bombas infusoras, dentre outros, que demandam também o trabalho da equipe de enfermagem no cuidado a esse cliente. A tecnologia não

[I] Neste estudo adotaremos o termo cliente no lugar de paciente pois está de acordo com a Portaria SAS (Secretaria de Assistência Social do Ministério da Saúde) 202, de 19 de junho de 2001, que corrobora com o que determina a Portaria nº881 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 19 de junho de 2001, no que tange à necessidade da criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, pautada no mais amplo respeito à vida humana, bem como aos direitos de cidadania daqueles que, eventualmente, façam uso deles.

exclui a necessidade do cuidado básico de enfermagem ao cliente, porém muitas das vezes sua execução não tem sido valorizada pelo próprio enfermeiro.

Os cuidados básicos em geral podem ser "simples", mas tornam-se complexos quando avaliados conforme a especificidade da situação do cliente. Desta forma, devem ser adaptados e requerem a atenção especial do enfermeiro. Isso não se aplica apenas na área de enfermagem cardiovascular mas em todo o campo onde a enfermagem é desenvolvida e faz parte do conceito que fundamenta a profissão de enfermagem. Segundo Carvalho[1], a enfermagem fundamental está ligada aos conhecimentos mais gerais de enfermagem e do que sejam os conhecimentos mais simples de enfermagem e ainda:

> Consiste na prestação dos cuidados básicos, em situações que variam de menor para maior complexidade, em cuja medida se lança mão de cuidados específicos de um dado campo especial da enfermagem. Esta transição não tem limites claramente definidos, não se percebendo com exatidão o momento em que se passa do geral e simples para o especial e complexo. [1]

O cuidado básico é a ferramenta de trabalho da enfermagem e está relacionado com a satisfação das necessidades básicas do cliente e seriam por exemplo, banho, aferição de sinais vitais, oferta de dieta e mobilização no leito. Talvez, por desconhecimento do conceito de enfermagem fundamental, a realização do cuidado básico é postergada. No entanto, os enfermeiros da área de enfermagem cardiovascular devem refletir criticamente sobre seu papel, e se apropriarem da prestação dos cuidados básicos, os quais são a base do seu trabalho e proporcionarão a prestação de um cuidado humanizado e de qualidade.[2]

Florence afirma que o cuidado de enfermagem vai muito além da administração de medicamentos, ou seja, há muito mais a ser fazer pelo cliente além das tecnologias, e os cuidados de enfermagem influenciam diretamente na recuperação do cliente. Em seu livro *Notas Sobre Enfermagem*, ela afirma:

> Existe uma convicção (...) de que ministrar medicamentos é estar fazendo alguma coisa pelo enfermo, ou melhor, significa estar fazendo tudo o que pode ser feito por ele e de que propiciar o arejamento do ambiente, o aquecimento e a limpeza é o mesmo que não estar fazendo nada por ele. Como resposta, afirmamos que (...) há experiência universal sobre a enorme importância da boa assistência de enfermagem na determinação das consequências da doença. [3]

Ao entender que o cuidado básico será aplicado ao cliente em situação específica de recuperação de um procedimento que possui fatores de risco associados para a ocorrência de complicações, o enfermeiro deve valorizar esse cuidado e aplicá-lo de forma segura, orientando aos demais membros da equipe de enfermagem como proceder, e ao cliente sobre como ele deverá se comportar neste período, quanto aos sinais de alerta (que sugiram alguma complicação) e restrições temporárias (mobilização, dieta, deambulação, etc).

Salienta-se que os cuidados básicos de enfermagem estão relacionados às necessidades humanas de eliminação, sono, repouso e alimentação e promoção do conforto. Em relação ao cliente pós-ATC durante o período de recuperação, os cuidados básicos são fundamentais, uma vez que esse cliente necessita de um curativo compressivo sobre o sítio de punção, o qual permanece no membro abordado por algumas horas após o procedimento, causando por vezes desconforto físico e emocional. Assim sendo, entende-se que o conforto só pode ser alcançado quando as necessidades do indivíduo nas dimensões físicas, biológicas, sociais e espirituais forem sanadas.[4]

Nesse contexto, acredita-se que o desconforto pode estar associado tanto à questão física, como o uso do curativo compressivo por exemplo, como também à questão da estadia hospitalar e do desconhecimento a respeito da situação, que pode gerar medo e insegurança devido a ocorrência de possíveis complicações.[4] Muitas vezes também se dá por desconhecimento do cliente devido à falta ou pouca orientação recebida por parte da equipe de saúde.

Sobre o curativo compressivo no sítio de punção arterial, vale dizer que é imprescindível atenção por parte do enfermeiro durante o período de internação no pós-ATC. A finalidade de um curativo compressivo no sítio de punção arterial é a hemostasia através de uma pressão mecânica local. O membro abordado recebe a aplicação do curativo podendo este ser realizado com gaze estéril e fita adesiva ou pulseira de compressão (nos casos de acesso radial). A presença deste curativo promove certas restrições como manter o membro inferior em extensão e imobilizado por um período de três a seis horas (para a abordagem femoral) e manter o punho em extensão (no caso de abordagem radial). A pressão gerada e a mobilidade restrita podem prejudicar a execução de tarefas simples como se alimentar, realizar sua própria higiene ou durante as eliminações vesicais e intestinais, além de influenciar no sono e repouso.

Por conta disso, o cliente deve ser orientado quanto ao período de recuperação, principalmente no período de 24 a 48 horas após o procedimento devido ao risco de complicações que podem ser vasculares ou não-vasculares, e estão ligadas à fatores mecânicos como deslocamento do tampão do curativo ou compressão inadequada. Complicações vasculares importantes incluem hematoma no sítio de punção, hematoma retro peritoneal, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa e dissecção arterial e/ou oclusão[5]. Complicações não vasculares estariam associadas à reinfarto, arritmias, reações vagais, anafiláticas, infecções e lesão renal – Nefropatia Induzida por Contraste (NIC). [5]

Alguns fatores associam-se aumentando o risco de complicação vascular, tais como idade avançada (a partir dos 70 anos), área de superfície corporal, procedimentos de emergência, uso intravenoso de medicamentos (Glicoproteína IIb/IIIa), doença arterial periférica e gênero (sexo feminino).[5]

Hematomas locais podem ocorrer decorrentes de problemas técnicos como uma pequena perfuração pelo fio-guia usado para punção ou inexperiência no momento da compressão mecânica local.[5] Após o encerramento do procedimento, o acesso por punção deve ser ocluído com compressão manual seguido de um curativo compressivo ou com uso de dispositivos diversos de oclusão vascular. O uso desses dispositivos de oclusão vascular não evidenciou claramente diminuição nas complicações hemorrágicas, mas é considerado razoável para efeitos de obtenção de hemostasia mais rápida e deambulação mais precoce em comparação com o uso de compressão manual. [5]

Tendo em vista a problemática descrita, sugere-se a elaboração de um protocolo de cuidados de enfermagem a fim de nortear o enfermeiro na prática dos cuidados básicos frente a especificidade do cliente pós-ATC.

1.2. Objeto de Pesquisa

Cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto ao cliente pós-ATC.

1.3. Questões Norteadoras

a) Quais são os cuidados básicos de enfermagem recomendados para promoção do conforto do cliente pós-ATC?

b) Como nortear a prática assistencial do enfermeiro em relação aos cuidados básicos ao cliente pós-ATC?

1.4. Objetivos

a) Elaborar um protocolo de cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós-ATC.

b) Validar o protocolo através da avaliação de especialistas.

1.5. Justificativa e Relevância do Estudo

O estudo se justifica diante da necessidade de aumentar a discussão sobre os cuidados básicos de enfermagem ao cliente pós-ATC. Ao realizar uma revisão integrativa da literatura, foi evidenciado poucos estudos que abordem os cuidados básicos aplicados ao cliente pós-ATC, principalmente estudos brasileiros. A maior parte dos estudos aborda questões da fisiopatologia da doença, valorizando as complicações, no entanto, ressalta-se que o foco do enfermeiro deve ser o cuidado de enfermagem.

O enfermeiro deve valorizar o cliente e não a doença, e através da prestação dos cuidados, atingir o objetivo dessa clientela como promoção de conforto. Estas questões pouco tem sido estudadas e além disso, nos estudos encontrados, nenhum deles sugere um modelo ou protocolo validado a ser seguido a fim de nortear a prática de enfermagem neste cenário.[II]

Sabe-se que os clientes cardiopatas necessitam de avaliações precisas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais de cuidado de saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento de admissão e transferência para outro setor.[2] Porém, apesar de a evolução científica e tecnológica, necessita-se de posicionamento da enfermagem diante desse avanço, para que as necessidades básicas também sejam contempladas.

[II] A Revisão integrativa da Literatura realizada encontra-se descrita na Metodologia deste estudo.

Nesse contexto, é importante também o conhecimento do enfermeiro a respeito das complicações e o impacto na sobrevida do cliente.[3] Um estudo feito em Minas Gerais avaliou clientes submetidos à ATC e o índice de complicações. Dos pacientes avaliados, 62,2% apresentaram complicações, dos quais, 49,4% apresentaram complicações locais (sangramento, hematoma, equimose) e 31,7% complicações sistêmicas. O número médio de complicações por cliente foi de 1,1. Isso nos remete ao fato de que boa parte dos clientes submetidos a ATC estão sujeitos a desenvolver alguma complicação.[6]

Segundo estimativa para 2020, o número de óbitos ocasionados pela doença arterial coronária poderá se elevar a valores em torno de 35 a 40 milhões, além de um alto custo econômico para o governo. As manifestações agudas da aterosclerose podem comprometer gravemente o estado geral do paciente e boa parte deles precisará de assistência em unidades hospitalares no intuito de reverter suas instabilidades clínicas e alcançar condições de recuperação e posterior reintegração social.[2]

Nesse contexto, observa-se a necessidade de condutas assertivas com foco nos cuidados de enfermagem que reduzam os índices de complicações aos clientes submetidos a ATC. Com isso, esse estudo pretende contribuir na prática assistencial, no ensino e na pesquisa, trazendo ao contexto acadêmico mais debate sobre a temática, visando contribuições ao conhecimento científico e profissional.

O tema é relevante tendo em vista a necessidade de modelos assistenciais eficazes que norteiem a prática de enfermagem. Sobretudo, deseja-se propiciar o uso de tecnologias próprias da enfermagem, as quais favoreçam a recuperação do indivíduo durante o processo saúde-doença. Além disso, os protocolos diminuem a variabilidade da prática clínica e a assimetria da informação, chamam a atenção para problemas de saúde e podem servir como instrumento educativo para futuros profissionais de saúde. Acredita-se que um protocolo de cuidados pode promover qualidade na assistência pois auxilia nas ações de enfermagem, favorece maior segurança aos clientes e profissionais de saúde e servirá de guia para a tomada de decisão do enfermeiro, apenas norteando essa decisão e não manipulando suas atividades.[7,8]

No âmbito da assistência, a contribuição desse estudo se dá ao documentar a diretriz para o cuidado ao cliente pós-ATC, além de tornar o procedimento mais seguro para o mesmo e auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão. Além disso, favorece a

aplicabilidade do raciocínio clínico e pensamento crítico acerca do cliente submetido ao procedimento percutâneo cardiovascular.

No plano da pesquisa, o estudo contribui para ampliar a discussão acerca da valorização dos cuidados básicos de enfermagem ao cliente pós-ATC, visto que se trata de um cliente em situação estressante de saúde, necessitando de conforto e com riscos de complicações inerentes ao procedimento realizado.

2. CAPÍTULO II – Bases Teóricas

2.1. Fundamentação Teórica

2.1.1. Sobre a história da Angioplastia Coronariana e Enfermagem Cardiovascular

O cateterismo, ou estudo contrastado das artérias coronárias, é um método de referência para o diagnóstico da doença obstrutiva coronariana. Em 1905, Fritz Bleichroeder introduziu, sem complicações, cateteres até próximo ao coração, dissecando suas próprias veias. Frossman, em 1929, realizou feito semelhante, sendo que este chegou com a extremidade do cateter até sua aurícula direita, tendo por isso o crédito do primeiro cateterismo cardíaco.[9]

No início da década de 40, André Cournand aprimorou a técnica e, nos anos 70, desenvolveu-se a técnica guiada por balões flutuantes, que favoreceram o cateterismo. O registro bem-sucedido dos fenômenos hemodinâmicos do lado esquerdo do coração teve seu início na década de 50, quando se originou a cateterização via arterial retrógrada, utilizada até hoje. O cateter é introduzido por uma artéria periférica por dissecção ou por punção percutânea.

Em 1959, o estudo contrastado das artérias coronárias foi realizado pela primeira vez em humanos. A ideia de usar esta técnica com a finalidade terapêutica se concretizou em 1964, quando foi feita a dilatação de obstruções ateroscleróticas de artérias femorais por meio de cateteres de diâmetros crescentes.[9]

Modificando a técnica por meio da utilização de balões insuflados ao nível do ateroma, Gruntzig concebeu a metodologia que, utilizando cateteres de duplo lúmen, dotados de um balão na porção distal, comprimiria a placa de ateroma contra a parede da artéria. Esta desobstrução seria conseguida pela insuflação do balão, sob alta pressão, ao nível do ateroma. Aplicou esta técnica, em 1974, em artérias femorais e, em 1977, realizou a primeira ATC.[9]

No Brasil, a ATC foi introduzida em fins de 1979, quando foi realizada a primeira angioplastia coronariana em Curitiba, por Costantino Costantini e colaboradores, em um paciente de 55 anos. Após isso, a ATC ganhou ampla aceitação em todo o mundo, particularmente no ocidental, onde são executados cerca de 400.000 procedimentos ao ano.

Entre nós, o procedimento foi realizado em cerca de 16.500 casos, nos anos de 1992 e 1993, conforme o registro nacional brasileiro do Centro Nacional de Investigações Cardiovasculares-CENIC. [10,11]

Desde então, este procedimento tem demonstrado ser um método seguro e eficaz de revascularização do miocárdio, proporcionando resultados cada vez melhores, a despeito de sua aplicação em situações clínicas e lesões coronarianas mais complexas.[9,11]

Nesse contexto, a atuação da enfermagem é imprescindível e acompanha a história da cardiologia com a inserção da enfermagem cardiovascular. Esta tem sido uma especialidade de rápido crescimento desde a década de 1960, com a enfermagem cardiológica atuando em unidades de atendimento coronariano inicialmente no Reino Unido, Canadá, EUA e Austrália. Com o crescimento da profissão, várias organizações surgiram nos EUA e na Austrália. A contribuição da enfermagem cardiovascular também cresceu na pesquisa científica, evidenciada pelo fato de que muitos desses países possuem universidades que inseriram disciplinas em enfermagem cardiovascular.[12]

No Brasil, entende-se que a evolução do conhecimento da enfermagem em cardiologia traduz-se na sua produção científica, especialmente na década de 1970, mesma década em que ocorre a primeira angioplastia.[9,13]

Após a criação da primeira máquina de cirurgia extracorpórea na década de 50, o tratamento das doenças cardiovasculares evoluiu consideravelmente, junto com os estudos hemodinâmicos. Nessa época, os recursos disponíveis para diagnóstico médico eram o eletrocardiograma, a radiografia de tórax e a ausculta, porém já se iniciava o estudo contrastado das artérias coronárias. Os exames laboratoriais disponíveis eram os padrões para a atividade reumática, mucoproteína, antiestreptolisina e dosagem de colesterol, triglicerídeos e metabolismo basal.[9,13]

A literatura descreve quais seriam as competências do enfermeiro em cardiologia: administrar medicamentos e monitorar sinais de intoxicação medicamentosa, proporcionar cuidados de higiene e conforto, controlar os sinais vitais, pulso, cianose e cuidados com os drenos pós-cirurgia, auxiliar no garroteamento dos membros no edema agudo e gerenciar o serviço. [13]

A partir da década de 1970, a Medicina Cardiológica progrediu, principalmente, nos meios diagnósticos, como tomografia computadorizada, ecocardiografia, ressonância magnética, teste ergométrico e cateterismos cardíacos, incluindo a primeira ATC. O

implemento de tais meios diagnósticos e o avanço da tecnologia médica, com o advento dos monitores e ventiladores mecânicos, exigiam enfermeiros com melhor capacitação para atuar nas unidades cardiológias.[9,13]

Assim, por volta de 1972, os cuidados nas unidades coronarianas eram focados em monitorização do paciente, instalações de cateter de O2, oxigenoterapia, controle de sinais vitais, controle de pressão venosa central e pressão arterial média, manejo de respiradores, administração do controle de drogas vasoativas.[13]

Iniciava-se a implementação de protocolos de enfermagem para cuidar de clientes monitorizados, em ventilação mecânica, com pressão venosa central, em cuidados pré e pós-cateterismos cardíacos, e em uso de terapia com anticoagulantes, com controle do tempo de coagulação, além do uso da nutrição parenteral. Passou-se a realizar monitorização invasiva à beira do leito, com controles de pressão de capilar pulmonar, débito cardíaco e resistência periférica, através do cateter de Swan-Ganz.[13]

Nas décadas que se seguem, outros campos passaram a ter a assistência dos enfermeiros de cardiologia, dentre eles, a hemodinâmica.

Atualmente, o empirismo de tais práticas tem tido espaço para o saber sistematicamente estruturado, essencialmente através do processo de enfermagem. As enfermeiras preparam-se nos cursos de pós-graduação, adquirindo todo o conhecimento que favorecem subsídios para lidarem com o cliente antes e após ATC, na eminência de novos fatores de risco cardiovascular, novas drogas disponíveis para tratamento, elaboração de diretrizes e manuseio de equipamentos.[13]

Finalmente, a criação da sociedade brasileira de enfermagem cardiovascular (SOBENC), em 1999, torna-se um marco na história da enfermagem cardiológica, pois reforça a busca por um fazer cientificamente estruturado e acrescenta, ainda, a concessão do título de especialista em enfermagem cardiovascular. Assim, pretende aumentar o corporativismo e a cientificidade da enfermagem brasileira.[13]

2.1.2. Doença Arterial Coronariana e Angioplastia: conceito e considerações gerais

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por aproximadamente 30% dos óbitos do mundo, possuindo um papel preponderante nos indicadores de morbimortalidade no Brasil. As DCV são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no Brasil em um ano. Isso

significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). A alta frequência do problema faz do Brasil um dos 10 países com maior índice de mortes por DCV.[14]

O avanço da ciência e os estudos sobre a Doença Arterial Coronariana (DAC) trouxeram a cineangiocoronariografia, também conhecida como cateterismo cardíaco, que constitui um exame diagnóstico das artérias coronárias. Além de determinar o diagnóstico da DAC, o cateterismo possibilita avaliar a permeabilidade da artéria coronária e a existência de placas de ateromas, baseados nos percentuais de obstrução da artéria coronária. Outras anormalidades também poderão ser observadas durante o cateterismo, como a tortuosidade coronariana, ponte intramiocárdica e anormalidades congênitas. Com o surgimento do cateterismo, a ATC veio como estratégia ante a cirurgia de revascularização do miocárdio. [10]

Segundo a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), a ATC é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de um cateter balão, com o objetivo de desobstruir a artéria e consequentemente aumentar o fluxo de sangue para o coração. Muitas vezes ela poderá substituir a necessidade de uma cirurgia cardíaca e é feita através de uma incisão mínima, pela qual é colocado um cateter na origem das artérias coronárias. [10]

Esse procedimento é necessário para tratar a doença cardiovascular mais prevalente, a doença da artéria coronária, também conhecida como aterosclerose. A aterosclerose origina-se de um processo multifatorial, que vai desde a injúria vascular à formação da placa de ateroma, resultando no estreitamento da luz das artérias coronárias afetadas, culminando com a redução do fluxo sanguíneo, gerando episódios de dor precordial - conhecidos como angina. [15]

Quando há uma obstrução total da luz do vaso, inicia-se um processo tempo-dependente de disfunção e morte celular na área miocárdica, configurando o Infarto Agudo do Miocárdio, que requer atendimento especializado rápido e eficaz.[15]

A ATC tem como mecanismo a compressão da placa aterosclerótica pelo cateter balão, determinando a fratura da íntima, com ruptura parcial da média e adventícia, redistribuição da placa e remodelamento vascular. Este efeito, por um lado, proporciona o aumento da área luminal com consequente melhora do fluxo, mas, por outro, induz uma

resposta trombogênica local e a intensidade desta resposta está relacionada com a extensão e profundidade do dano vascular provocado. [16]

O manejo do cliente submetido à angioplastia coronariana é fator de extrema importância para garantir o sucesso dos resultados pós-procedimento ainda na fase hospitalar e facilitar a boa evolução tardia, evitando as complicações mais comuns, como: trombose de *stent*, necessidade de novas intervenções, sangramentos devido ao uso de antiagregantes plaquetários e outros. Pontos importantes a serem observados são: avaliação pré-intervenção (história clínica e exame físico), situações clínicas diversas (alergia à aspirina, alergia à contraste, diabetes, uso de heparinas e anticoagulantes) e resultados de exames laboratoriais (pré e pós-procedimento), complicações na via de acesso (hematomas, pseudoaneurismas, fístulas)[17]. Todos estes aspectos ao serem analisados vão contribuir para um bom planejamento do cuidado de enfermagem deste cliente.

A ATC é realizada através de um acesso vascular (arterial) e a obtenção desse acesso é a etapa inicial e fundamental para a realização do procedimento, sendo eles: femoral, ulnar, radial ou braqueal.[17] O acesso pode ser obtido por punção ou dissecção cirúrgica, porém os acessos por punção são mais frequentemente usados. Comumente, os acessos mais encontrados na prática são os femorais e os radiais.

Embora haja um avanço na tecnologia empregada no procedimento, existe o risco de complicações e as vasculares estão essencialmente relacionadas com o acesso vascular. Complicações vasculares importantes incluem hematoma no sítio de punção, hematoma retro peritoneal, pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa e dissecção arterial e/ou oclusão[5].

No entanto, as complicações também podem estar associadas ao fechamento agudo da artéria, embolização, oclusão de ramo lateral (vaso não abordado durante o procedimento), trombose aguda de *stent*, infarto do miocárdio relacionado ao procedimento, arritmias, lesão renal devido ao uso do contraste (Nefropatia Induzida por contraste – NIC). [5]

Nesse contexto, a inserção do enfermeiro com visão holística do cliente favorece a abordagem com foco não só na prevenção destas complicações conhecidas, mas também na promoção do conforto e dos resultados de saúde e bem-estar.

2.1.3. Política Nacional de Atenção Cardiovascular

O Ministério da Saúde formulou Cadernos de Atenção Especializada, que tratam das políticas nacionais de atenção de alta complexidade, entre as quais o da atenção cardiovascular.[18] Dentre os objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, destacamos:

- Organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências), privilegiando o atendimento humanizado;
- Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral;
- Ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares. Segundo o Ministério da Saúde, Linhas de Cuidado (LC) são:

> Uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.[19]

As LC visam à continuidade da assistência, através da participação efetiva dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Idealiza-se uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, evitando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), que se responsabilizam pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários aspectos devem ser observados para a implementação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre as equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. O grupo técnico deve ser responsável por isso, com acompanhamento da gestão regional. [19]

Observamos que estes aspectos estão intimamente ligados com o objeto de estudo apresentado nesta pesquisa. Trata-se de um cliente com acometimento cardiovascular, que necessita de uma linha de cuidados específica para seu caso de alta complexidade e que deve ter acesso ao atendimento integral. O atendimento integral deve ser oferecido pelo

Estado, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, conforme citado na Constituição de 1988.[20] A integralidade da assistência é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. É constituída como ato em saúde nas vivências do indivíduo, nos serviços de saúde, e tem gerado experiências que produzem mudança para o usuário, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde se tornam superiores aos modelos idealizados para sua realização.[21]

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Cardiovascular de Alta complexidade, as Unidades de Assistência e os Centros de Referência nesta área devem oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo os critérios da Política Nacional de Humanização.[22]

Entende-se que condições técnicas e recursos humanos estão diretamente relacionados à prestação de cuidados a esse cliente. O recurso humano, ou seja, o profissional deverá estar habilitado e treinado adequadamente para cuidar do cliente submetido a ATC, pois, segundo a Portaria Nº 1169/GM de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular, se enquadra como um cliente de alta complexidade cardiovascular.

Já a Portaria Nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 cita procedimentos endovasculares extracardíacos como parte da atenção de Alta complexidade Cardiovascular, e podemos incluir a Angioplastia Coronariana percutânea como um destes procedimentos, estando sujeita a todas as normas estabelecidas.[21] A portaria sugere ainda um quadro mínimo de enfermeiros, reforçando a necessidade do cuidado de enfermagem para esses clientes:

- Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular: um para cada três leitos;
- Pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica: um para cada três leitos;
- Serviço de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista e a Sala de recuperação: um para o serviço e um para cada 10 leitos da sala de recuperação;
- Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia e a Sala de recuperação: um para o serviço e um para cada 10 leitos da sala de recuperação.

2.1.4 Sobre a Política Nacional de Segurança do Paciente e Diretrizes Clínicas

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº. 63, de 25 de novembro de 2011 sobre a Segurança do Paciente, o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a mesma.[22] Dentre elas, destacamos três:

- Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;
- Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Estas três ações estão relacionadas com o objeto desta pesquisa da seguinte forma: Os eventos adversos são incidentes que resultam em dano ao cliente, também chamado de incidente com dano.[23] Estes são evitáveis e podemos aqui explicitá-los, sendo as complicações após o procedimento, como sangramentos e hematomas. Sabemos que existem ações de prevenção para minimizar estes eventos e essas ações devem ser implementadas, por exemplo, verificar antes do procedimento os fatores de risco para ocorrência de complicações (comorbidades, por exemplo), além de: função renal (esta pode ser prejudicada devido ao uso de contrastes), fração de ejeção de VE (ventrículo Esquerdo) e o uso de anticoagulantes (associa-se ao risco de sangramentos).

Como mecanismos para garantir a segurança cirúrgica, podemos elucidar a importância de garantir o sucesso do procedimento através da manutenção de boas práticas antes, durante e após o procedimento. Os serviços de saúde devem manter boas práticas de funcionamento (BPF), pois estas são os componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados. As BPF são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde.[24] Um procedimento seguro e bem realizado não terá um bom desfecho se a recuperação do cliente for negligenciada em seus cuidados.

O cliente e sua família devem participar ativamente do processo e um cuidado de enfermagem - que é relevante neste aspecto - é a orientação. As orientações durante a internação sobre cuidados intra e pós-hospitalares fazem parte de um bom plano de cuidados, o qual deve ser aplicado ao cliente submetido à angioplastia e sua família.

Dentre os princípios e diretrizes que o Núcleo de Segurança do Paciente deve adotar, destacados na RDC Nº 36, de julho de 2013, encontramos dois que estão diretamente relacionados ao objeto desta pesquisa[25]:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde. – Podemos classificar um protocolo de cuidados como uma tecnologia da saúde, pois é um documento que norteia a prática assistencial. O processo de melhoria contínua é desenvolvido através de estudos, uma vez que se evidenciou algo na prática que precisa melhorar ou ser atualizado. Neste estudo, o cuidado de enfermagem é buscado na literatura a fim de criar um protocolo (uma tecnologia) e, assim, colaborar para a melhoria do processo de saúde de pacientes submetidos à ATC.
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. – Boas práticas deverão fazer parte de uma rotina ou protocolo para que a equipe possa consultar e segui-las. Desta forma, pretendemos garantir um bom funcionamento do serviço de saúde.

Sobre adoção de tecnologias a fim de garantir a assistência segura do cliente, sugere-se a construção de protocolos e diretrizes clínicas. O Ministério da Saúde afirma que os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde ou circunstância clínica específica, baseadas na melhor fonte científica, de preferência. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variações indevidas na prática clínica.[26]

Recomenda-se que um comitê seja implementado para estimular e coordenar a adoção de protocolos e diretrizes clínicas, ainda que essa atribuição seja de responsabilidade dos setores clínicos dos serviços de saúde. Uma das formas de evitar o erro é buscar estratégias que diminuam a dependência de memória de curto prazo, que somente deve ser usada para executar tarefas básicas. Listas de verificação, diretrizes clínicas, protocolos, orientações e lembretes são métodos que visam assegurar a melhor comunicação e evitar erros humanos.[23]

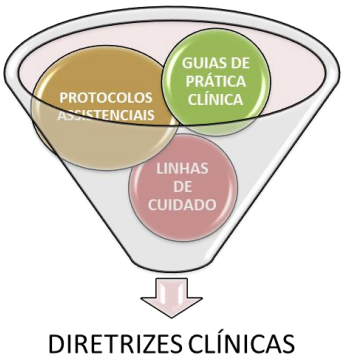
Embora o desenvolvimento e a implementação de protocolos e diretrizes clínicas tenham como foco principal a padronização das tarefas ou cuidados, a maior ênfase tem sido em relação à segurança do cliente. [23]

Os protocolos e as diretrizes clínicas podem se referir a orientações simples, ou em uma série de algoritmos complexos com múltiplas variáveis, ou podem simplesmente refletir um padrão local de cuidados. No entanto, eles modificam o comportamento dos profissionais de saúde, se adotadas estratégias corretas em sua implementação. A disseminação por meio de uma abordagem participativa pode alcançar melhor sucesso do que a simples disseminação passiva de materiais impressos.[23]

As diretrizes clínicas são recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, incorporando as melhores evidências. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e melhoram a comunicação entre as equipes e serviços, programação e padronização de determinados recursos e ações.[19]

Estas políticas reforçam a importância dos protocolos como recomendações para a linha de cuidado do cliente cardiológico e da necessidade do profissional de enfermagem à beira do leito desse cliente. Abaixo, segue um esquema gráfico sobre as diretrizes, segundo a ANVISA:

Figura 1– Diretrizes Clínicas



Fonte: Figura elaborada pela autora. Niterói, 2017.

3. CAPÍTULO III – Referencial Teórico

Neste estudo, utiliza-se a teoria do cuidado de enfermagem de Virgínia Henderson e a teoria do Conforto de Katherine Kolkaba. Define-se Teoria como um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática e também como uma hipótese ou um conceito científico. Já a Teoria de Enfermagem é entendida como um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem. [27]

3.1. O cuidado de enfermagem na visão de Virgínia Henderson

O cuidado como principal foco da enfermagem - caracterizando-a como profissão - foi a base dos estudos de Virgínia Henderson. Sua primeira definição de Enfermagem inclui o cuidado de enfermagem:

> A enfermagem, basicamente, é o auxílio ao indivíduo (enfermo ou em boas condições), na realização daquelas atividades que favorecem a saúde ou na sua recuperação (ou numa morte tranquila) que ele faria sozinho caso tivesse a força, vontade ou conhecimento necessários. É da mesma forma, singular contribuição da enfermagem a de auxiliar a pessoa a tornar-se independente desse auxílio, o mais breve possível. [28]

Nesta definição da profissão, a teórica de enfermagem não somente enfatiza o cuidado de enfermagem como principal atividade, mas o caracteriza como "auxílio ao indivíduo", isto é, auxiliar o cliente na realização de suas atividades de modo que promova a saúde, recuperação ou ainda uma morte tranquila.

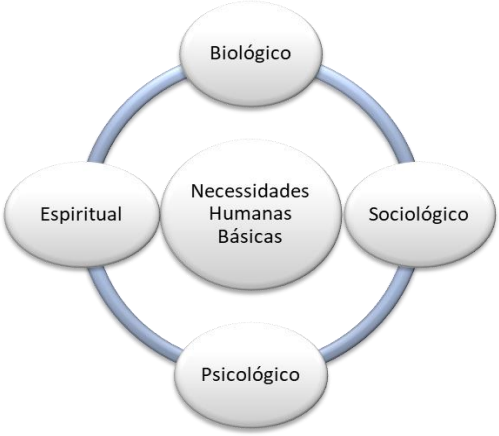
Comparando com os objetivos desta pesquisa, este conceito reforça o objetivo de um protocolo de cuidados: Auxiliar o cliente a desenvolver suas atividades e promover a saúde e recuperação do mesmo. Após o procedimento, o cliente se encontra com algumas limitações, principalmente de movimentos: repouso no leito e imobilização do membro local da punção podem dificultar algumas tarefas básicas simples - como se alimentar, evacuar e urinar.

Virgínia Henderson afirma que a enfermagem deve proporcionar saúde e bem-estar, descanso e conforto, tanto à mente quanto ao corpo, e salienta o auxílio aos indivíduos através de atividades essenciais que mantenham a saúde.[28] A limitação para execução de tais atividades pelo cliente está relacionada ao curativo compressivo, pois sua localização

pode ser sobre o punho (abordagem radial), sobre a fossa antecubital (abordagem braqueal) ou na região ilíaca (abordagem femoral). A teoria considera quatro componentes do indivíduo: biológico, psicológico, sociológico e espiritual, distribuídos em catorze componentes de cuidados básicos de enfermagem, dos quais seis deles estariam mais prejudicados no cliente em uso de curativo compressivo. São eles:[28]

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente - essa atividade pode estar prejudicada para manipulação de talheres;
- Eliminar os resíduos corporais - em casos de abordagem femoral, a posição pode estar prejudicada devido à manutenção do membro inferior em hiperextensão;
- Mover-se e manter posturas corretas – restrição para mudança de decúbito devido ao aumento da pressão do membro no lado em que foi abordado;
- Dormir e descansar - o incômodo na posição do membro ou na pressão aplicada sobre o local pode prejudicar o sono;
- Vestir-se e despir-se, selecionando vestuário adequado - movimentos restritos prejudicam a execução de tal tarefa;
- Manter a higiene e proteção da pele - a restrição dos movimentos pode prejudicar principalmente a higiene oral, além da higiene corporal devido aos movimentos necessários com as mãos para que o cliente realize sozinho esta tarefa;
- Evitar perigos ambientais e evitar que prejudiquem os outros;
- Comunicar-se com os outros expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Viver segundo crenças e valores;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Participar de diferentes atividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis;
- Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente.

Figura 2 – Os quatro componentes do indivíduo, segundo Henderson.



Fonte: Figura elaborada pela autora. Niterói, 2017.

Sabe-se que alguns fatores variam de um indivíduo para outro, cada um encontra-se inserido em um contexto diferente de vida. Outros estão relacionados às limitações impostas pelo procedimento, como o repouso. Sendo assim, deve-se observar estes componentes para traçar um plano de cuidados de forma holística, observando o indivíduo como um todo além do processo da doença.

Virgínia Henderson defende ainda a ideia de que o enfermeiro precisa estudar, pesquisar e se especializar a fim de qualificar o cuidado. Para ela, este profissional precisa ser culto, possuir certo embasamento para a prática do cuidado individualizado e humano e ser um solucionador de problemas científicos. O profissional de enfermagem que atua em uma área especializada precisa assumir responsabilidade pela identificação de problemas, pela valorização e reconhecimento de sua função, pelo aperfeiçoamento dos métodos utilizados e pela mensuração dos efeitos dos cuidados de saúde.[28] Isto mostra o quanto a teórica de enfermagem valoriza a cientificidade da profissão de enfermagem.

Sendo o objeto deste estudo os cuidados básicos de enfermagem para promoção do conforto ao cliente pós-ATC, cabe discutir um pouco acerca do cuidado de enfermagem. A teoria sobre o cuidar em enfermagem iniciou-se na década de 50, com Madeleine Leininger, quando esta passou a defender que cuidado é uma necessidade humana e cuidar é a essência da enfermagem e um modo de alcançar saúde, bem-estar e a sobrevivência das culturas e civilização. Além da complexidade do que seja cuidar em enfermagem, ressalta-se que “a arte de cuidar” não se limita somente ao ato de prestar cuidado, mas envolve

fatores influentes e outros elementos, como o corpo de quem cuida e o corpo de quem é cuidado, além das relações e interações no âmbito interpessoal e ambiental.[29]

Ao longo da história da Enfermagem, seu foco principal tem sido a atenção aos indivíduos de modo holístico dentro do processo saúde/doença. Atualmente, o cuidado de enfermagem direciona-se à recuperação e ao bem-estar do indivíduo e está fundamentado na autonomia profissional e no conhecimento científico.[30]

Mesmo com todas as transformações sofridas pela forma de cuidar, esta atividade ainda se mostra girando em torno do amor e da dedicação ao próximo. Como ciência, a Enfermagem é diretamente influenciada pelos avanços e descobertas na área médica. Esses avanços provocam mudanças na assistência de enfermagem e o amor e dedicação já não são suficientes para definir o cuidado. Torna-se fundamental a habilidade/experiência e conhecimento.[30]

A finalidade do cuidado é o reestabelecimento da independência da pessoa ou a sua conservação de forma a que ela possa responder às suas necessidades.[28] Dessa forma, observam-se diversas necessidades básicas do cliente, como objeto do cuidado de enfermagem e o quanto a situação-problema aqui envolvida (recuperação pós-procedimento) pode influenciar nessas necessidades.

Uma revisão integrativa feita em 2014 buscou apresentar a aplicabilidade da teoria de Henderson nas pesquisas, assim como apresentou suas potencialidades e fragilidades por meio da análise de artigos e evidenciou diversas contribuições da teoria para a prática da enfermagem. Foram identificados quatro eixos: qualidade nos cuidados, cientificidade na profissão, padronização da linguagem e fortalecimento da liderança do enfermeiro. A melhoria na qualidade do atendimento nos cuidados prestados, na prevenção com a manutenção da saúde e redução de danos foi a mais representativa neste estudo. O estudo também identificou que a maior parte das publicações estavam relacionadas à aplicação da teoria na área hospitalar. [31]

A teoria das catorze necessidades básicas foi aplicada em um instrumento para avaliação inicial de enfermagem, segundo um artigo de reflexão escrito por duas enfermeiras em 2007. Cada um dos componentes foi traduzido para a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como estratégia a fundamentar cientificamente o registro do cuidado prestado pelo enfermeiro, novamente na área hospitalar.[32] Mais uma vez, evidenciamos a aplicabilidade da teoria de Henderson na

Prática de Enfermagem, e percebe-se que a mesma pode ser amplamente utilizada com o cliente hospitalizado. Esses resultados corroboram com o presente estudo, demonstrando a factibilidade do uso da teoria de Virgínia Henderson para o cuidado ao cliente pós-ATC.

3.2. A teoria do conforto de Katherine Kolkaba

Segundo Katherine Kolkaba, promover o conforto é considerado uma arte da enfermagem, e pode ser definido como a satisfação das necessidades humanas básicas para alívio, calma ou transcendência, que surgem de situações de saúde estressantes.[30] Uma vez que se identifica o desconforto devido à presença do curativo, por exemplo, deve-se buscar estratégias para promovê-lo sem interferir nos cuidados básicos ou até nos mais complexos, visto que essa compressão não poderá ser reduzida nas primeiras horas após a ATC.

Esses cuidados envolvem o processo de ações reconfortantes realizadas pelo enfermeiro para um cliente. Algumas necessidades são satisfeitas, outras não e estas devem ser identificadoas pelo enfermeiro, a fim de implementar ações que satisfaçam suas necessidades e proporcionem o resultado esperado, seja um comportamento de busca pela saúde ou de uma morte tranquila.[4]

Kolkaba classificou os contextos nos quais o conforto pode ser experimentado e definiu-o como:

- Físico: pertencente às sensações do corpo;
- Psicoespiritual: pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de mesmo, a sexualidade e o significado da vida; relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- Ambiental: pertencente ao meio, às condições e influências externas;
- Social: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.[27]

Assim, temos quatro grandes princípios sobre a natureza do conforto holístico: 1- o conforto é geralmente próprio de uma condição, 2- o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, 3- qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e 4- o conforto total é maior do que a soma das suas partes. [27]

Para Kolkaba, esses cuidados são importantes por diversos fatores, dentre eles, ser gratificante para enfermeiros, estudantes de enfermagem e clientes, quando se atinge o

resultado esperado de maior conforto. Também porque é científico, implicando o conhecimento de enfermagem e as habilidades específicas para sanar os problemas identificados no cliente.

Além disso, é factível porque muitas intervenções podem ser feitas durante um encontro com o cliente, tais como ajustar a luz e ajeitar a sala, tornando o ambiente reconfortante, e atendendo às necessidades físicas do mesmo. Cuidados que promovam conforto são fáceis de implementar e, além disso, estão centrados no cliente e podem ser avaliados pela sua própria percepção de conforto.

Promover conforto ao cliente é considerado uma atividade baseada na ciência, pois demanda conhecimento e habilidade específicos do enfermeiro para individualizar o cuidado e alcançar o resultado esperado com ações simples, como apagar uma luz, elevar um membro ou realizar uma higiene oral.[4] Podemos relacionar os cuidados básicos de enfermagem com a promoção do conforto ao cliente que mantém um curativo compressivo e tem necessidades básicas, as quais devem ser atendidas pela enfermagem.

Um estudo realizado por um enfermeiro em sua tese de doutorado aplicou a teoria do conforto de Kolkaba em uma unidade hospitalar, abordando como participantes enfermeiras e clientes. Nesta tese, os participantes ao responderem o instrumento de coleta dos dados confirmam a ideia de Kolkaba quando identificam como tipos de conforto a tranquilidade, o alívio e a transcendência em suas respostas. Em relação aos contextos em que o conforto pode ocorrer, as respostas das enfermeiras e dos clientes também se aproximam da teoria que afirma: o conforto pode ocorrer no ambiente, no social, no físico e no plano psicoespiritual. Ressalta-se, porém, que ambos os grupos participantes creditam ao ambiente a maior justificativa quando o assunto é o desconforto.[27]

Outro estudo feito por uma enfermeira em sua dissertação de Mestrado aplicou a teoria do conforto de Kolkaba relacionando os aspectos do conforto com o Processo de Enfermagem. O estudo proporcionou o levantamento dos diagnósticos de enfermagem pertinentes às necessidades de conforto nas dimensões física, ambiental, sociocultural e psicoespiritual; a identificação dos resultados esperados enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência; o estabelecimento de intervenções de conforto de acordo com os resultados esperados para os diagnósticos identificados; e a avaliação das respostas de conforto resultantes das intervenções propostas. Todos estes aspectos resultaram no cuidado de enfermagem voltado para as necessidades individuais, promovendo conforto e

incentivando o empoderamento do cliente no seu processo saúde-doença.[33] A seguir, observa-se uma representação gráfica da Teoria do Conforto de Kolkaba:

Figura 3 –Teoria do Conforto de Kolkaba

Fonte: Figura elaborada pela autora. Niterói, 2017.

Diante da apresentação das duas teorias relacionadas ao cuidado de enfermagem, entende-se a relação entre elas quanto às dimensões das necessidades do indivíduo e aos resultados a serem alcançados. Observa-se que o próprio conforto, objeto da teoria de Kolkaba, é um resultado esperado na teoria de Henderson, juntamente com a Saúde, o bem-estar e o descanso. Os fatores Ambiental, Físico, Psicoespiritual e Social - citados por Kolkaba - correspondem aos fatores Biológico, Psicológico, Sociológico e Espiritual de Henderson.

Sendo assim, as duas teorias mostram aplicabilidade na prática de enfermagem, pois estão intimamente ligadas às necessidades do cliente e contribuem para a presente pesquisa, tendo em vista o perfil do cliente pós-ATC e suas necessidades em todas as dimensões citadas.

4. CAPÍTULO IV – Metodologia

4.1 Tipo de Estudo

Estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e medidas quantitativas. A pesquisa qualitativa responde a questões muito específicas, e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. No entanto, os dados quantitativos e qualitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente.[34]

O percurso metodológico está dividido em três etapas: a primeira, uma revisão integrativa da literatura, que serviu como base teórico-científica para a segunda etapa; esta, por sua vez, foi a elaboração de um protocolo de cuidados. A terceira etapa é a validação do protocolo por enfermeiros especialistas através da técnica Delphi, conforme representação gráfica a seguir:

Figura 4 – Etapas da Metodologia do Estudo

Fonte: Figura elaborada pela autora. Niterói, 2017.

4.2. Revisão Integrativa da Literatura

A fim de buscar evidência científica para fundamentar o protocolo de cuidados, procedeu-se com a Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A RIL consiste na construção de uma análise ampla da literatura, o que contribui para discussões sobre resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de estudos futuros sobre o assunto pesquisado. O propósito inicial deste método de pesquisa é alcançar um profundo entendimento de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores. [35]

A RIL determina o conhecimento atual sobre um tema em específico, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão na qualidade dos cuidados prestados ao cliente.[35] Possui seis fases:

Primeira Fase: Elaboração da pergunta norteadora - é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. Os dados não podem ser coletados e integrados de modo significativo sem saber qual questão será tratada. Inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico. [36, 37]

Segunda Fase: Busca ou amostragem na literatura - a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes os indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. O ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção randomizada; porém, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. A determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados esperados. [36]

Terceira Fase: Coleta de dados - para extrair os dados dos artigos selecionados, utiliza-se um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que os dados relevantes sejam extraídos, que minimize o risco de erros na transcrição, garanta precisão na checagem das informações e sirva como registro. É importante registrar informações

básicas sobre a fonte, incluindo o ano de publicação, país onde os dados foram coletados, etc.[36, 37.]

Quarta Fase: Análise crítica dos estudos incluídos - esta etapa equivale à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. A análise deve ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. A abordagem pode contemplar a aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa. [35]

Quinta Fase: Discussão dos resultados - corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Devido à ampla revisão conduzida é possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem. A identificação de lacunas permite apontar sugestões para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência à saúde. [35]

Sexta Fase: Apresentação da revisão integrativa - a apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada. Essa etapa contempla a visualização dos dados, quer dizer, a conversão dos achados em uma forma visual de subgrupos. Podem ser expressos em tabelas, gráficos ou quadros, nos quais é possível a comparação entre todos os estudos selecionados e, logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral.[36]

Assim sendo, formulou-se a seguinte questão: Quais as evidências científicas sobre os cuidados de enfermagem recomendados ao cliente pós-ATC?

A busca foi realizada em agosto de 2017. Utilizou-se como fonte de dados as bases da MEDLINE, SCOPUS e CINAHL. Ao pesquisar o descritor “angioplasty” e “nursing care”, foram encontrados 73 artigos na MEDLINE, 22 artigos na CINAHL e 51 artigos na SCOPUS. Destaca-se que foi utilizado “and” entre os descritores como operador boleano, e que foi estabelecido como recorte temporal os últimos doze anos, entre 2005 e 2017.

Esse período se justifica devido o avanço nas políticas públicas de saúde cardiovascular entre os anos de 2004 e 2005.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: pesquisas que abordassem o tema, publicadas em inglês, português ou espanhol; relacionadas ao cliente adulto maior de 18 anos, em formato de artigos disponíveis na íntegra on line. Foi feita a leitura dos títulos e resumos dos artigos, e excluídos os que não estivessem relacionados ao cuidado de enfermagem, artigos que não abordassem o cliente adulto e não abordassem a doença coronariana e ATC. Dos 147 artigos encontrados, 134 foram excluídos por não estarem relacionados à temática e/ou por repetição nas bases, totalizando 13 artigos, sendo cinco da MEDLINE, cinco da CINAHL e três da SCOPUS. Assim as produções que atenderam os critérios previamente estabelecidos foram selecionadas para este estudo e lidas na íntegra. Para a coleta das informações, foi elaborado um instrumento composto pelos seguintes itens: título, autores, profissão dos autores, método, periódico, ano de publicação, local de origem da pesquisa, objetivo do estudo e principais resultados.

Com as características desta busca, considerou-se a amostra satisfatória para a investigação do tema e resposta à questão elaborada.

Para classificação do nível de evidência dos artigos selecionados, foi utilizado delineamento, conforme Souza[36], que propõe uma hierarquia das evidências: - Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; - Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; - Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; - Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; - Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; - Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.[37] A seguir, apresentaremos um panorama geral das publicações:

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados na base de dados da BVS, Cochrane e Scopus, segundo o tema Cuidado de Enfermagem na ATC

Identificação	Título	Autores	Ano	Periódico	Tipo de Estudo	Resposta para questão de pesquisa	Nível de Evidência
A1	*Percutaneous coronary intervention: recommendations for good practice and training.*	Dawkins, Gershlick, de Belder, et al.	2005	*Heart – British Cardiac Society (Supl. V)*	Artigo de revisão.	Observação do ponto de acesso vascular, e hemodinâmica, monitorização do ECG, tratamento de episódios vasovagais, observação de complicações reconhecidas	4
A2	*Management of patients after percutaneous coronary interventions*	Bridget Shoulders-Odom	2008	*Critical Care Nursing*	Artigo de revisão	Monitorização em UTI, avaliação, reconhecimento e cuidado efetivo nas complicações, conforto e segurança do cliente, educação do cliente e família.	4
A3	*Care of the post percutaneous coronary intervention patient*	Cally Mills, Christine Wright, Caroline Newel.	2012	*Australian Nursing journal*	Artigo de revisão	Posição do paciente no leito, deambulação após retirada da bainha, hemostasia.	4
A4	*Blood pressure and risks of vascular complications after percutaneous coronary intervention.*	Dumond CJ.	2007	*Dimensions of Critical Care Nursing*	Estudo caso-controle	Os cuidados de enfermagem estão relacionados à hemostasia e prevenção de complicações.	2

A5	*Reducing Acute Kidney Injury Due to Contrast Material: How Nurses Can Improve Patient Safety*	Peggy Lambert	2017	*Critical Care Nursing*	Estudo experimental	Cuidados para prevenção da Nefropatia Induzida por Contraste, como hidratação e exames laboratoriais.	2
A6	*Acute Coronary Syndrome: Focus on Antiplatelet Therapy*	Rodel V. Bobadilla	2016	*Critical Care Nursing*	Série de Casos	Atuação da enfermagem na monitoração de sangramento, promoção do conforto e orientação sobre uso de medicamentos pós-alta.	3
A7	*Transparent film dressing vs pressure dressing after percutaneous transluminal coronary angiography*	Stacie Mcle, Trisha Petitte, Lori Pride, Donna Leeper.	2009	*American Journal of Critical Care*	Estudo experimental.	Observação do sítio de punção quanto a sangramento e hematomas; avaliação de desconforto relacionado ao tipo de curativo.	2
A8	*Ambulation after femoral sheath removal in percutaneous coronary intervention: a prospective comparison of early vs. late ambulation.*	Schicks IE, Schoonhoven L, Aengevaeren WR, Nogarede-Hoekstra C, Va Achterberg T, Verheugt FW.	2009	*Journal of Clinical Nursing*	Estudo comparativo não randomizado	Cuidados com o sítio de punção femoral (hemostasia).	3
A9	*Early sheath removal and ambulation in patients submitted to percutaneous coronary intervention: a randomised clinical trial.*	Augustin AC, de Quadris AS, Sarmento-Leite RE.	2010	*International Journal of Nursing Studies*	Estudo randomizado comparativo entre grupo intervenção e grupo controle.	Deambulação precoce (após remoção da bainha).	3

A10	*Comparison of Complications in percutaneous coronary intervention patients mobilized at 3, 4, and 6 hours after femoral arterialsheath removal.*	Sandra Waker,Collen Jen, Fiona McCosker, Sonja Cleary.	2008	*The Journal of Cardiovascular Nursing*	Estudo experimental	Cuidados relacionados ao sítio de inserção e à mobilização do cliente.	2
A11	*Nursing Care Practices following a Percutaneous coronary intervention – Results of a Survey of Australian and New Zeland Cardiovascular nurses*	Rolley JX, Salamonson Y, Dennison CR, Davidson PM.	2010	*The Journal of Cardiovascular Nursing*	Revisão integrativa da literatura	Cuidados relacionados ao Manejo da dor, Posicionamento da cabeceira, hemostasia e deambulação.	4
A12	*Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention: a patient journey approach*	John X Rolley, Patricia M Davidson, Yenna Salamonson, Ritin Fernandez, Cheryl R Dennison	2009	*Journal of Clinical Nursing*	Revisão integrativa da literatura.	Educação do cliente e cuidados pós-alta.	4
A13	*Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses.*	Sultan M Mosleh , Nidal F Eshah , Mona MA Almalik	2016	*Journal of Clinical Nursing*	Estudo experimental	Educação em saúde, orientação ao cliente.	2

Fonte: EEAAC/UFF, Niterói, 2017.

Com relação ao nível de evidência dos estudos, cinco indicam nível de evidência 4, por se tratar de abordagens qualitativas; quatro se caracterizam por nível de evidência 3; e

quatro artigos como nível de evidência 2, por serem estudos com delineamento experimental.

Ao analisar o tipo de publicação, foram encontrados cinco artigos de revisão, sendo duas revisões integrativas da literatura e quatro estudos do tipo experimental. Observa-se que apenas quatro artigos foram publicados nos últimos cinco anos, o que corresponde a 30% da amostra. Salienta-se que todos os autores dos artigos identificados são enfermeiros.

Vale ressaltar que todas as publicações selecionadas são internacionais, sendo um artigo do Reino Unido, oito americanos, três australianos e um da Jordânia, todos publicados em inglês.

4.2.1. Descrição dos dados

Os dados encontrados foram categorizados de acordo com a semelhança dos resultados encontrados, sendo identificadas três categorias. Os artigos foram nomeados pela letra "A" (artigo), seguido da numeração na ordem em que são discutidos, conforme abaixo:

Primeira Categoria: Cuidados e Complicações pós-ATC

Nessa categoria, foram incluídos os estudos: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 e A10:

O estudo A1, feito por um grupo britânico de estudos em intervenção coronária percutânea, descreve cuidados essenciais no pós-procedimento. Segundo os autores, após o término do procedimento, o cliente é geralmente transferido do laboratório de cateterismo cardíaco para uma área de recuperação e, em alguns casos, para uma instalação de cuidados de alta complexidade.

Há uma tendência para uma internação mais curta. Os autores afirmam ainda que a equipe da ala deve estar familiarizada com os cuidados do cliente, incluindo a observação do ponto de acesso vascular e os cuidados de dispositivos vedantes, hemodinâmica e monitorização do ECG, em conjunto com o tratamento de episódios vasovagais.

Deve haver supervisão e observação de outras complicações reconhecidas, com pronto acesso a instalações de ecocardiografia para o diagnóstico de tamponamento cardíaco, bem como o rápido acesso à assistência médica. Importante salientar que a

publicação sugere que diretrizes locais formais - por escrito - devam ser desenvolvidas para a gestão pós-procedimento deste grupo de clientes.

O estudo A2 aborda sobre o gerenciamento do cuidado pós-ATC pelo enfermeiro, citando, por exemplo, sobre aquisição de ECG de 12 derivações ou monitorização cardíaca, que reflitam a artéria revascularizada para reconhecimento imediato de possíveis oclusões agudas no pós-ATC e seu uso sempre que o cliente tiver novos sinais ou sintomas cardíacos.

Aborda, ainda, marcadores cardíacos, complicações - vasculares, cardíacas, alérgicas e de infecção (inclui tabelas com condutas para cada complicação) -, competência do enfermeiro no reconhecimento de complicações, cuidados com a abordagem radial (como compressão adequada e orientações para evitar a flexão) e avaliação dos pulsos radial e ulnar. Observa-se a preocupação com o sítio de inserção e com as complicações relacionadas a estes, como hematomas e sangramentos ativos. Fala sobre a redução do tempo de repouso a fim de favorecer a deambulação precoce, embora essa evidência não tenha demonstrado diferença no desfecho quanto às complicações.

Observa-se como a prevenção das complicações é um dos cuidados mais relatados. Os pesquisadores do estudo A3 investigaram três principais cuidados de enfermagem pós-ATC: manutenção da posição em decúbito dorsal, tempo para deambulação após a remoção da bainha introdutora e o uso de dispositivos de oclusão arterial. Ou seja: cuidados que previnam o surgimento de hematomas ou sangramento no sítio de punção. [40]

Os cuidados prestados - como aferição de sinais vitais e administração de medicamentos anticoagulantes - foram associados ao risco de desenvolver complicações em um estudo caso-controle (A4). Os achados foram comparativos, mas não mostraram o cuidado preventivo em relação às complicações, apenas os fatores de risco para que as desenvolvessem. Como exemplo, clientes com administração de heparina apresentaram maior risco para sangramentos e hematomas.

O uso de contraste intravenoso durante o procedimento pode ocasionar uma complicação renal conhecida por nefropatia induzida por contraste (NIC). O estudo A5 acompanhou vários pacientes sob cuidados para prevenção dessa complicação e descreve a importância do enfermeiro nesta situação. Além de diversos cuidados a serem realizados antes do procedimento, foram citados cuidados após o procedimento, por exemplo, manter hidratação venosa e oral, atentando para as restrições hídricas, como o caso dos pacientes

com insuficiência cardíaca – e o acompanhamento de níveis séricos de creatinina após 48 a 72h, tendo como base de comparação os valores antes do procedimento.

O estudo A6 trata da identificação precoce do sangramento pós-procedimento nessa clientela, que é citada como papel importante do enfermeiro, uma vez que o sangramento é a complicação não-cardíaca mais comum em pacientes submetidos à ATC, devido às terapias antiplaquetárias e anticoagulantes que recebem. O monitoramento deve incluir a avaliação regular dos sítios de punção, dor, pulsos periféricos, sinais vitais, ritmo cardíaco e ingestão e saída de líquidos. Também é discutido sobre o papel do enfermeiro no planejamento do cuidado pós-hospitalar, principalmente relacionado à orientação sobre o uso dos antiagregantes plaquetários.

Destaca ainda: interpretação de sinais vitais, resultados de testes laboratoriais e traçados eletrocardiográficos, o que ajudará a determinar cuidados mais intensivos e ainda ressalta a importância de o enfermeiro estar atualizado sobre as diretrizes e o tratamento para esses clientes, o que não só ajudará a garantir o atendimento baseado em evidências, mas reduzirá o tempo de tratamento.

Sobre curativo no sítio de punção, o estudo A7 desenvolveu um estudo para comparar três tipos diferentes de curativos, sendo estes: bandagem elástica, curativo compressivo e curativo transparente. A via de escolha não foi citada, se femoral ou radial, e as variáveis foram o conforto do cliente, avaliação do enfermeiro e complicações.

O estudo concluiu que o curativo compressivo apresentou maiores taxas de complicações e desconforto, e menores taxas de avaliação facilitada do sítio de punção. Os enfermeiros avaliaram o sítio de punção a cada quatro horas e puderam examinar melhor os curativos transparentes e bandagem elástica. Importante ressaltar a atuação do enfermeiro em relação ao curativo compressivo, embora o estudo não esclareça se esta é uma ação validada como parte de um protocolo de cuidados de enfermagem ou se foi especificamente desenvolvida para coleta de dados do estudo.

Os estudos A8 e A9 avaliaram a questão da deambulação precoce através de ensaios clínicos. A ocorrência de complicações foi uma das variáveis desses estudos, sendo analisada e concluindo-se que o tempo de deambulação após a retirada da bainha pode ser reduzido para três a quatro horas com segurança, embora isso não tenha mostrado diferença relevante entre as taxas de complicações.

A deambulação precoce favorece o retorno venoso, contribuindo para uma melhora cardiovascular. O cuidado com esse cliente deve estar relacionado não somente ao auxílio na deambulação, mas também com a prevenção de alguns eventos, como reações vasovagais, hipotensão postural, além de deslocamento do curativo (no caso de abordagem femoral), que pode ocasionar sangramentos. Antes de propor a deambulação, o curativo e a área ao redor devem ser observados quanto à presença de complicações locais. Esses cuidados enfatizados no estudo mencionado são relevantes e colaboram também com esta pesquisa.

A monitorização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi descrita como "tradicional" no estudo A10. A habilidade do enfermeiro em avaliar, reconhecer e atuar efetivamente no caso de complicações também foi discutida, colaborando com os outros estudos citados. A monitorização deve incluir: monitorização cardíaca, principalmente pelo risco de arritmias e reinfarto, oximetria de pulso, para avaliar perfusão periférica, principalmente no membro abordado, além de sinais vitais: pressão arterial, temperatura, frequência respiratória e frequência cardíaca.

Segunda Categoria: Cuidados Básicos e Conforto.

Nessa categoria, foram incluídos os estudos: A7, A8, A9, A10 e A11:

Uma das variáveis do estudo A7 foi o conforto do cliente quanto ao uso dos diversos tipos de curativo disponíveis. Este mesmo estudo destaca ainda a questão da dor, não sendo esta sua abordagem principal, porém sabemos que dor é um diagnóstico de enfermagem, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA[38], e seu alívio é um resultado esperado. Considera-se a dor nesta categoria por entender que o resultado "alívio" está diretamente relacionado às questões de conforto, conforme teoria de Kolkaba.[4]

Os estudos A8 e A9 também tiveram a questão do conforto como variável em seus estudos ao analisar a deambulação precoce. Ressalta-se a questão da deambulação precoce como um cuidado para promover o conforto ao cliente, pois a limitação para movimentar os membros inferiores, deambular e realizar outras tarefas pode gerar desconforto físico. Através de estudos como estes, o momento para a deambulação pode ser adiantado em instituições que ainda mantêm o repouso por aproximadamente seis horas. Isso minimiza o desconforto causado pela situação em que o cliente se encontra no momento.

O estudo A10, contribuindo com a ideia de Kolkaba, destaca como importante promover o conforto e a saúde do cliente. O conforto deve ser oferecido de acordo com as limitações do repouso e de necessidades do paciente, devendo ser atendidas as necessidades psíquica, espiritual e biológica.

Uma revisão da literatura (A11) mostrou importantes informações sobre boas práticas, normas e prioridades de cuidados de enfermeiros especialistas na área cardiovascular. O estudo sugere que há heterogeneidade nos padrões de prática e normas relacionadas com os cuidados de enfermagem para os indivíduos submetidos à angiografia coronariana e ATC. As principais diferenças estariam relacionadas ao tempo para a deambulação, ao posicionamento do cliente e aos métodos de gerenciamento do desconforto sobre a remoção da bainha femoral. Neste estudo, o manejo da dor foi o principal cuidado de enfermagem descrito para o momento da retirada da bainha femoral, porém não houve discussão sobre ações de enfermagem quanto à mensuração da dor, por exemplo.

Terceira Categoria: Orientações e Educação em Saúde.

Nessa categoria, foram incluídos os estudos: A2, A6, A12 e A13:

O estudo A2 afirma que a educação ao cliente e família deve começar imediatamente após a admissão devido ao período de estadia mais curto. Métodos de ensino devem ser adaptados para cada cliente, envolver a família e usar os mais diversos recursos possíveis. A orientação de alta deverá incluir tópicos como avaliação do local de punção quanto ao surgimento de complicações, limitações de atividade, cuidados de acompanhamento, quando procurar assistência médica, uso de medicamentos e modificação dos fatores de risco.

O mesmo estudo alega que os enfermeiros estão em uma posição privilegiada para educar os clientes sobre a importância de eliminar os fatores de risco modificáveis: Parar de fumar, terapia medicamentosa, dieta e exercício regular são temas-chave a serem abordados com os clientes e suas famílias.

Uma revisão integrativa concluída no estudo A12 evidenciou deficiência de estudos na área. A revisão, que tinha como objetivo avaliar o gerenciamento do cuidado de enfermagem a clientes submetidos à ATC, alega que, apesar da frequência do procedimento, existem dados limitados para informar os cuidados de enfermagem para

pessoas submetidas à ATC. Afirma, ainda, que não há diretrizes para a prática de enfermagem amplamente acessíveis, com foco na gestão desse cuidado específico e nos seus resultados, sendo que a educação do cliente foi o tópico mais identificado relacionado às atividades de enfermagem. Evidenciou relatos de experiência e estudos retrospectivos.

Corroborando com o estudo A2, o autor afirma que o tempo reduzido da estadia hospitalar, comum na maioria das admissões pós-ATC, é um desafio para a entrega efetiva de estratégias de prevenção secundária. Nesse sentido, o cliente e família devem ser orientados a fim de alcançar maiores níveis de percepção da natureza da doença, educação sobre a prevenção de complicações da doença e encaminhamento para acompanhamento ambulatorial. Apesar da necessidade de informação e educação efetiva, a capacidade de fornecer educação de qualidade ao cliente durante a recuperação pós-ATC permanece controverso.

Os enfermeiros têm uma variedade de responsabilidades no gerenciamento de clientes, segundo o estudo A6. Sua série de estudos de caso relata a importância da enfermagem, principalmente, em atividades como: explicar aos clientes o que está acontecendo com eles, proporcionando-lhes conforto, bem como às suas famílias, auxiliar na estratificação de risco de clientes, atuando como um canal de informação entre diferentes membros da equipe de cuidados de saúde e auxiliando na tomada de decisões.

Orientação ao paciente é citada no estudo A13. Este fez uma abordagem ao cliente e ao profissional, destacando, assim, quais as necessidades de orientação que o cliente deseja e as que o profissional julga ser necessária. No contexto da educação em saúde, deve-se avaliar a demanda do cliente, nesse caso, os participantes estavam preocupados com a terapia medicamentosa. No entanto não devemos negligenciar o cuidado de manter cliente e família bem orientados quanto ao retorno das atividades físicas, alimentação, sono e repouso e outros cuidados básicos.

4.2.2. Discussão

Consideram-se importantes todos os estudos selecionados, os quais muito contribuem para a temática trabalhada. No entanto, ainda, encontramos lacuna sobre os cuidados do enfermeiro em relação aos cuidados básicos de enfermagem, evidenciando com mais efetividade os cuidados para promoção do conforto.

Encontra-se deficiência em relação à descrição de cuidados básicos, tais como higiene e alimentação, bem como até mesmo os cuidados mais especializados, como demarcação de área com hematoma ou equimose, avaliação das alterações do local que mostram sinais de alerta. Avaliações e sua frequência ainda não estão bem definidas. Também não foram observados estudos que abordassem cuidados relacionados ao tempo de jejum, monitorização de glicemia, dieta, uso de vasodilatadores intravenosos e lesões cutâneas causadas pelo uso do curativo compressivo.

Uma das escolas do pensamento em enfermagem, a das Necessidades Humanas, conceitua as funções a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, de acordo com a hierarquia das necessidades dos seres humanos. É a partir deste raciocínio que Virgínia Henderson ressalta a teoria dos cuidados básicos de enfermagem, uma vez que está pautada nessas necessidades.[39] Com base nisso, discute-se a abordagem do cliente submetido à angioplastia, suas limitações mecânicas, como se movimentar no leito e flexionar os membros, que impedem ou dificultam sua capacidade de executar tarefas simples relacionadas ao cuidado básico.

Cuidados, como a alimentação, passam a ser executados com mais cautela, a fim de evitar uma complicação importante neste período. Observa-se, neste exemplo, que em média uma hora após o procedimento esse cliente já pode se alimentar, no entanto o tempo de hemostasia mínimo considerado é de duas horas. Logo, o fato de se alimentar torna-se um fator de risco para complicações, como sangramento ou deslocamento do tampão do curativo. Porém essa atividade básica envolve agora certa complexidade inerente à situação-problema na qual o cliente está inserido e talvez este fator não tem sido observado.

É importante para a prática de enfermagem que os principais cuidados sejam definidos como recomendações nesse cenário, através de protocolos, normas ou modelos. Uma das publicações identificadas vem a contribuir com a questão de pesquisa deste estudo quando se defende que o uso de protocolo de cuidados favorece o direcionamento do cuidado da equipe para com o cliente e melhora a qualidade da assistência.[40]

Nesse contexto, foi possível observar em alguns estudos por exemplo, que boa parte dos enfermeiros estão preocupados com as complicações e não especialmente com os cuidados básicos de enfermagem. Quando este cuidado é relatado, a maior preocupação da classe parece ser em relação aos cuidados relacionados ao procedimento realizado.[41,42,43]

O holismo é um paradigma que leva em consideração o todo e as partes em que o todo se reflete, evitando a fragmentação através da inter e transdisciplinariedade das ciências, das artes, das filosofias e das tradições espirituais.[39] Ou seja, deve-se cuidar do paciente como um conjunto, observando todas as suas necessidades.

Sobre a necessidade humanas básica de eliminação dos resíduos corporais, foi evidenciado preocupação com esta necessidade ao abordar a prevenção da NIC em um estudo experimental.[44] Neste caso, a preocupação foi orientar os clientes participantes da pesquisa quanto à importância da hidratação via oral para prevenção de NIC e os enfermeiros quanto à importância da hidratação venosa. Os resultados sobre eliminação foram verificados através de marcadores laboratoriais que evidenciaram redução da NIC nos pacientes que foram submetidos a esse preparo com hidratação.

As complicações relacionadas ao uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes são bastante discutidas como alvo de preocupação do enfermeiro em estudo feito por Rodel[45] e que aborda em destaque a orientação ao cliente quanto ao uso destes medicamentos. Considerando o risco de complicação a que o cliente está submetido, a comunicação favorece ao cliente o esclarecimento sobre sua situação de saúde, além de se relacionar ao conforto emocional para o mesmo e sua família.

Apenas um estudo mostrou preocupação com as lesões que poderiam ser ocasionadas pela presença do curativo, contemplando a necessidade básica de manter a higiene e proteção da pele. Este estudo testou três tipos diferentes de curativo, sendo um deles o compressivo e evidenciou que os maiores índices de complicações cutâneas são deste último.[46] Importante dado para repensarmos nossa prática e criar estratégias que diminuam lesões de pele e promovam conforto.

Sobre a necessidade humana básica de mover-se e manter posturas corretas, esta relaciona-se à questão da deambulação precoce e do posicionamento no leito durante o repouso, bem como a mobilização do cliente, tópicos abordados em alguns estudos, embora os mesmos não façam essa correlação.[47,48,49,50]

Os estudos de Rolley et. all[50,51] destaca a importância da padronização das ações, da implementação de boas práticas e normas e afirma essa necessidade nos serviços devido à heterogeneidade das ações nos mais diversos cenários da saúde. É o segundo estudo encontrado que colabora para a idéia de uso de protocolos de cuidado, o que reforça essa necessidade na atualidade.

A educação em saúde relaciona-se à necessidade de aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis, de acordo com Henderson. Sendo assim, a orientação ao cliente também pode ser considerada meio disponível para conduzir o cliente ao desenvolvimento normal e à saúde e satisfazer sua curiosidade. Empiricamente, o cliente deseja informações sobre seu estado de saúde e como será sua recuperação após o procedimento, além de ser um direito do mesmo o acesso a essa informação. Um dos estudos sobre a educação em saúde aborda também cuidados no pós-alta, incluindo orientação sobre uso de medicamentos. [50,52]

Encontra-se, assim, uma lacuna quando se percebe que os cuidados, como: respirar normalmente; comer e beber adequadamente; dormir e descansar; vestir-se e despir-se, selecionando vestuário adequado; evitar perigos ambientais e evitar que prejudiquem os outros; viver segundo crenças e valores; trabalhar de forma a obter realização e satisfação; participar de diferentes atividades recreativas; manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente – não foram abordados na literatura quando se trata do cliente pós-ATC. A complexidade dos cuidados básicos pode não estar sendo observada pelo enfermeiro ou até mesmo ignorada devido à fragilidade no conhecimento teórico.

A questão da promoção do conforto foi abordada por um estudo que, inclusive, fala sobre o desconforto observado pelo cliente em relação ao tipo de curativo e outros abordam a questão do conforto, dentre outras condutas.[41,45,46] Segundo Kolkaba, o conforto é definido para a enfermagem como a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, facilidade ou transcendência, que surgem de situações de saúde estressantes. As necessidades de conforto são avaliadas em quatro contextos de experiência - física, psicoespiritual, social e de Meio Ambiente.[4]

Com base nessa definição, o cliente pode se sentir desconfortável - não apenas fisicamente - por ter aplicado em um dos membros um curativo compressivo. Pode estar desconfortável por toda a situação-problema na qual está inserido e que afetam as quatro vertentes do conforto. Por este motivo, deve-se abordar também questões relacionadas ao meio psicoespiritual, social e ambiental e não somente o físico, como é comumente encontrado na literatura.

Torna-se um desafio para a prática da assistência abordar todas as dimensões do cuidado ao cliente, pois se trata de mudança de paradigma. Cabe aos enfermeiros e

pesquisadores o aprofundamento no assunto, a fim de favorecer o cuidado holístico que envolve o indivíduo como um todo, valorizando o ser e tudo o que o envolve na situação em questão.

4.3 Elaboração do Protocolo de Cuidados de Enfermagem a Clientes Pós-ATC

A fim de alcançar o primeiro objetivo desta pesquisa, a elaboração do protocolo foi fundamentada nos resultados obtidos durante a revisão integrativa, e conhecimento teórico-prático das pesquisadoras.

O protocolo tem como proposta nortear o cuidado de enfermagem ao cliente eletivo, o qual mantém em média um tempo de internação entre 24 e 48 horas. Este é composto por três colunas, e 28 linhas, em cada linha o cuidado é identificado por um numeral e respectiva fundamentação/justificativa. Nos espaços designados à descrição e fundamentação, foram acrescentadas observações caso necessário. O processo de elaboração do protocolo ocorreu em quatro etapas descritas a seguir:

1ª Etapa: Revisão Integrativa da Literatura – Descrito na metodologia deste estudo.

2ª Etapa: Após leitura dos artigos, foi realizada a identificação e análise dos cuidados, sendo excluídas as repetições, descritos e fundamentados.

3ª Etapa: Inclusão de Cuidados não identificados na Literatura - Após a análise, considerou-se necessário incluir outros cuidados como: consultar o histórico do cliente, realizar o exame físico, avaliar circulação periférica, manter acesso venoso pérvio, avaliar integridade da pele, oferta da dieta e tempo de jejum, exercício da espiritualidade, promoção de atividades de lazer e auxílio na higiene corporal. As orientações sobre coleta de sangue para análises laboratoriais seguiram as recomendações da *American Heart Association.*

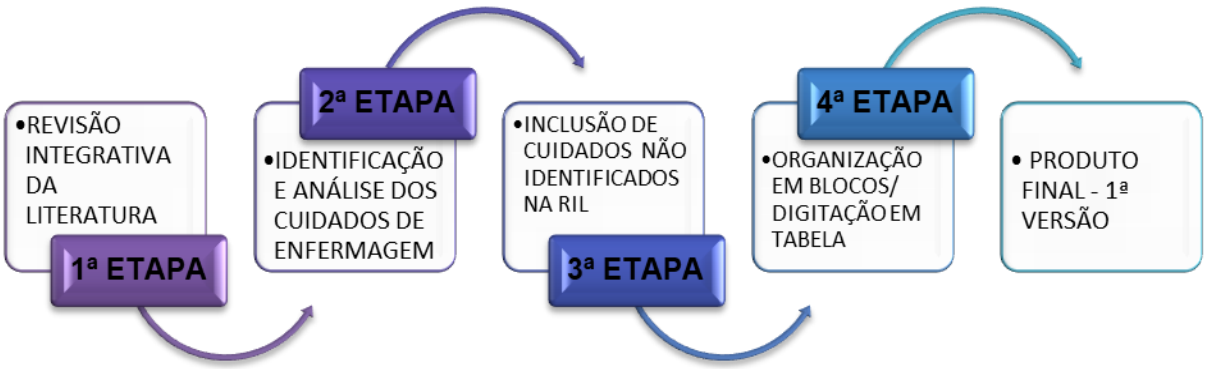
4ª Etapa: Organização em Blocos e Digitação em Tabela - Na sequência, os itens foram inseridos em uma tabela e organizados de acordo com os períodos de acolhimento ao cliente na unidade pós-ATC, recuperação e repouso e orientações para alta, conforme descrição a seguir:

- Acolhimento ao cliente na unidade pós-ATC – Inicialmente, o cliente deve ser avaliado quanto ao estado hemodinâmico e riscos para complicações, além de receber as orientações necessárias. Este bloco contempla cinco cuidados que devem ser realizados imediatamente a chegada do cliente na unidade de recuperação, que incluem: orientação ao cliente e família sobre cuidados durante o repouso, exame físico, sinais vitais e histórico do cliente.

- Recuperação e repouso – Abrange os cuidados que devem ser realizados após a admissão na unidade pós-ATC e ao longo do período de recuperação, em média de 24 a 48 horas (neste caso, por se tratar de um cliente eletivo) e compreende questões relacionadas à conforto e segurança no leito, exames de rotina, monitorização cardíaca, avaliação de complicações, dieta, eliminações, hidratação, ingestão hídrica, integridade da pele, higiene corporal, mobilidade, deambulação, lazer e espiritualidade
- Orientações para alta – Contempla questões de orientação ao cliente, que podem ser feitas durante todo o período de internação e reforçadas no momento da saída do cliente, bem como os ações técnicas que devem ser realizadas antes de encaminhar o cliente à residência. Estão contemplados nesse bloco: sinais vitais, exames de rotina, avaliação de complicações e orientação ao cliente e família sobre retorno às atividades diárias e acompanhamento ambulatorial após o procedimento.

Deste modo, finalizou-se a primeira versão do protocolo. A seguir, encontra-se a representação gráfica das etapas da elaboração do protocolo.

Figura 5 – Representação gráfica das fases da Elaboração do Protocolo



Fonte: Figura elaborada pela autora. Niterói, 2017.

O protocolo contempla os cuidados de enfermagem que devem ser realizados ao cliente adulto em recuperação pós-ATC, após a retirada da bainha introdutora. O material contém as principais ações de enfermagem e orientações que devem ser prestadas ao cliente e família. Vale ressaltar que, apesar de apresentados em uma sequência linear e

possivelmente ordem cronológica das ações, os procedimentos podem ser realizados em outra ordem dentro dos respectivos blocos, a critério do enfermeiro cuidador, desde que não prejudique os resultados esperados de prevenção de complicação e promoção do conforto.

Após estas etapas, o protocolo proposto seguiu para etapa de validação com especialistas, gerando, assim, o produto final desta pesquisa.

4.4. Validação do Protocolo

Para atingir o segundo objetivo deste estudo, a validação do protocolo por especialistas, utilizou-se a técnica Delphi. Trata-se de um método sistematizado de julgamento de informações, destinada ao alcance do consenso de opiniões sobre um determinado assunto, do conhecimento de um grupo de *experts*, por meio de avaliações articuladas em rodadas de questionários, favorecidos pelo anonimato, pois não há encontro face a face com os participantes. [53,54]

Para executar essa técnica, são necessários dois grupos: um grupo executor, composto por pesquisadores, os quais tem como funções: contatar os especialistas, elaborar o questionário inicial, analisar os dados, elaborar os demais questionários (neste estudo, o grupo executor compreende a pesquisadora principal e as orientadoras da pesquisa); e um grupo respondente formado pelos participantes selecionados aleatoriamente (especialistas no cuidado pós-ATC). O número de participantes depende do que se pretende estudar e pode variar de sete a doze.[53]

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): O primeiro, um questionário para identificação do perfil dos especialistas, contendo dados sociodemográficos e profissionais: nome, sexo, idade, formação acadêmica, especialização, tempo de experiência na área de assistência ou docência e área de atuação. O outro instrumento destina-se à avaliação do protocolo propriamente dito.

Sendo assim, foram seguidas as seguintes etapas, conforme preconiza a técnica Delphi:

4.4.1. Primeira etapa: Seleção dos especialistas

Critérios de inclusão: enfermeiros associados ao Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (DESBHCI), especialistas e/ou com experiência em unidades pós-angioplastia ou hemodinâmica há pelo menos três anos. Responder o e-mail referente à carta-convite no prazo de sete dias.

Assim, para seleção dos enfermeiros especialistas, foi solicitado ao DESBHCI que fizesse contato com os associados através de seus respectivos e-mails, visando convidá-los a participar da pesquisa, apresentando os objetivos. A solicitação ao DESBHCI justifica-se por se tratar de um departamento cujo interesse é reunir enfermeiros que atuam diretamente com clientes que realizam angioplastia coronariana, além de outros procedimentos de cardiologia intervencionista.

O e-mail com convite à participação da pesquisa foi enviado pelo DESBHCI para 105 enfermeiros sócios. Destes, apenas 16 responderam com aceite e receberam o TCLE. Doze enfermeiros retornaram o TCLE assinado e receberam o questionário e o protocolo para avaliação. Destes, três foram excluídos, pois não responderam ao questionário no prazo estabelecido, restando apenas nove participantes, número considerado satisfatório, conforme preconiza a Técnica Delphi.[53]

4.4.2. Segunda etapa: Encaminhamento do questionário/protocolo

Os nove enfermeiros selecionados receberam dois formulários: o questionário de perfil sociodemográfico e profissional, o protocolo de cuidados com questionário de avaliação do protocolo. Estes arquivos foram respondidos e devolvidos por e-mail para a pesquisadora, finalizando, assim, a primeira fase da validação: primeira rodada de respostas.

Foi dado ao participante o prazo de sete dias para responder aos questionários e devolvê-los para avaliação da pesquisadora principal. Como esse prazo não foi cumprido pela maior parte dos respondentes, foi estendido por mais sete dias.

O questionário foi formulado constando de avaliações para cada item do protocolo descrito e utilizando a Escala Likert. A Escala Likert é uma escala que consiste em vários itens que expressam algum ponto de vista sobre determinado tópico. Nessa abordagem,

pede-se aos respondentes que indiquem até que ponto concordam ou discordam da declaração.[55]

Para este estudo, utilizou-se a Escala Likert de quatro pontos, sendo conferida pontuação para cada resposta, que são: 1 - Irrelevante (O item em questão é irrelevante, deve ser excluído), 2 - Necessita de grande revisão (O item em questão necessita ser revisto amplamente.), 3 - Necessita de pequena revisão (O item em questão necessita de pequena revisão.) e 4 - Relevante (O item é relevante e não necessita ser modificado). Foi acrescentado um campo para as considerações, pois para os itens de um a três foi solicitado que os respondentes justificassem suas respostas.

4.4.3. Terceira etapa: Análise do conteúdo das respostas

Foi feita avaliação qualitativa e quantitativa das respostas dos juízes conforme propõe a técnica Delphi e esses dados serviram de base para a próxima etapa.

4.4.4. Quarta etapa: Elaboração do segundo questionário

Foram utilizadas as respostas de todos os especialistas para modificação do conteúdo do protocolo e elaboração de novo questionário. Após alterações, o protocolo foi encaminhado novamente via e-mail para os especialistas. Nesse momento, os participantes, em anonimato, foram solicitados a realizar um novo julgamento de suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la.

4.4.5. Quinta etapa

Após o retorno das respostas de cada rodada, foi feita nova análise das respostas. De acordo com as sugestões, foram modificados os itens que retornam para uma nova avaliação, sempre utilizando as informações dos respondentes para atingir o consenso.[54]

4.4.6. Sexta etapa

Esta etapa refere-se à elaboração do produto final e retorno do mesmo aos participantes com agradecimento pela participação.

4.5. Aspectos Éticos da Pesquisa

4.5.1. Riscos e Benefícios

Trata-se de uma pesquisa com risco mínimo do tipo psicointelectual, relacionado à possibilidade de o participante cometer algum equívoco na análise do instrumento e se sentir tensionado ou constrangido durante a resposta ao questionário. Para tal, o participante será orientado que o mesmo não estará passando por nenhum tipo de avaliação técnica e que estas respostas não o afetarão profissionalmente ou moralmente, apenas fazem parte de uma pesquisa acadêmica, não havendo nenhum tipo de punição caso isso ocorra. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes.

Quanto ao risco de vazamento dos dados do participante, o mesmo será assegurado - por meio do TCLE - que em nenhum momento será feita a identificação e/ou invasão à intimidade dos participantes, garantindo aos mesmos total sigilo e anonimato, inclusive em relação à instituição de origem. Os participantes poderão solicitar esclarecimentos em qualquer momento, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, além de terem total liberdade para recusar a participação antes e/ou durante qualquer etapa da pesquisa. Os dados da pesquisa poderão ser publicados, assegurando o sigilo da identidade dos participantes, ou seja, os nomes não serão divulgados, oferecendo total privacidade e anonimato das informações quando divulgadas/publicadas em eventos, livros e revistas científicas.

Quanto ao risco de vazamento de dados da pesquisa, foi criado um item de instruções no questionário onde o participante será orientado a responder o questionário por meio eletrônico, de preferência, em local seguro, em computador particular e evitar responder junto com outras pessoas, para que não haja influência em suas respostas e visualização dos dados do protocolo por outro profissional não selecionado como participante neste estudo. Será esclarecido também que ao receber as respostas a pesquisadora o fará também por meio eletrônico em computador particular protegido por senha pessoal e sozinha, evitando, assim, compartilhamento dos dados com outros indivíduos. Não houve nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa.

Quanto aos benefícios, a pesquisa contribui para o conhecimento científico do participante, levando-o a uma abordagem reflexiva sobre o assunto, e contribui para melhoria da qualidade da assistência.

Sendo respeitados os aspectos citados acima e conforme a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.090.479.

4.6. Análise Estatística Descritiva

A análise das respostas dos especialistas foi realizada de acordo com a pontuação atribuída por eles, de um a quatro para cada item do protocolo. O Índice de validade de conteúdo (IVC) é um método bastante utilizado na área de saúde e mede a proporção de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Para este estudo, é interessante fazer essa avaliação, pois este método se utiliza de uma escala tipo Likert, com pontuação de um a quatro. O escore é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, foi utilizada a fórmula para avaliar cada item individualmente: número de respostas “3” ou “4” dividido pelo número total de respostas.[53] A aceitação de cada aspecto do protocolo deve atingir a taxa de 0,9. [56]

Deve-se também estabelecer a taxa de concordância (TC) aceitável entre os juízes. Para isso, defende-se que, no processo de avaliação dos itens, individualmente, deve-se considerar o número de especialistas. Com a participação de cinco ou menos sujeitos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78.[56] Ressalta-se que para este estudo, foi usada a taxa de 0,9 a fim de garantir maior representatividade.

5. CAPÍTULO V – Resultados

5.1. Perfil Sociodemográfico dos Especialistas

Participaram da pesquisa nove enfermeiros, todos do sexo feminino, na faixa etária entre 32 e 62 anos. Destes, três são da Região Sudeste, todos residentes no Estado de São Paulo. Três da Região Nordeste do Brasil, dois da Região Sul (Rio Grande do Sul) e um do Distrito Federal. Todos possuem algum curso de especialização, e a maior parte dos cursos relacionados à área: Hemodinâmica, atenção cardiovascular e terapia intensiva.

Neste grupo, cinco enfermeiros são mestres, dois são doutores e dois possuem apenas a especialização. Quanto ao tempo de experiência em Hemodinâmica e unidades pós-Angioplastia, esse tempo variou entre cinco e 25 anos. Três enfermeiros estão atualmente atuando em mais de uma área (Coordenação/Assistência/Docência), três atuam somente na assistência e três atuam somente na gerência. A área com maior tempo de experiência foi a gerência, chegando a trinta anos de atuação por uma enfermeira. O tempo de experiência total como enfermeiro variou entre oito e trinta e nove anos.

Sete enfermeiros possuem experiência tanto em hemodinâmica quanto em unidades de pós-angioplastia. Um - apenas em hemodinâmica e um - apenas em unidades pós-angioplastia.

Em relação à atividade científica, sete enfermeiros possuem artigo publicado na área de hemodinâmica e cardiologia e três enfermeiros publicaram artigos relacionados ao cuidado de enfermagem nas diversas áreas do conhecimento.

Observa-se neste grupo de enfermeiros uma diversidade relacionada à cultura local, ao tempo e ao tipo de experiência e à idade. Esses fatores colaboram com o julgamento dos itens e favorecem a crítica por se tratar de um grupo experiente na área. Entende-se que houve grande contribuição por parte dos enfermeiros para o produto deste estudo, pois se trata de um grupo bastante heterogêneo e qualificado.

5.2. Análise das respostas dos especialistas sobre avaliação do protocolo

Parte I - Acolhimento ao Cliente em pós-ATC

Na primeira fase, quatro especialistas sugeriram modificações quanto à recomendação da elevação do membro abordado no ângulo de 30 a 45 graus, visto que pode-se manter em linha reta. Essa sugestão foi acatada visando manter o membro superior levemente elevado quando abordagem radial ou braquial.

Sobre o exame físico, foi sugerido modificação quanto à observação do sítio de punção quando curativo transparente por dois especialistas, e alteração das expressões: "risco de complicações" e "monitorar", por outros dois. Estas foram aceitas, uma vez que se considera importante a avaliação do local de punção independentemente do tipo de curativo e a avaliação do risco foi alterada para observação da presença de complicação. O verbo "monitorar" foi trocado por "avaliar". Em aferição dos sinais vitais, foi sugerido acrescentar quais sinais deveriam ser aferidos e a periodicidade, sendo acatado por se considerar pertinente. Sobre a localização do manguito no membro abordado para aferição da pressão arterial, foi sugerido trocar "evitar o membro abordado" por "não verificar no membro abordado". Esta não foi aceita, pois não é algo proibitivo, apenas uma recomendação, a qual foi descrita no protocolo.

Na segunda fase, houve apenas sugestão de alterar a redação de dois itens: no item de número 2, trocar "as complicações mais comuns" por "as complicações mais graves"; e no item 4, o formato da frase sobre monitorar sinais vitais. As sugestões foram aceitas, pois não alteram o conteúdo da intervenção, mas a valoriza. Na terceira fase, não houve sugestões de mudanças e este bloco foi, então, finalizado, tendo o acordo de todos os especialistas.

Parte II - Intervenções de enfermagem durante recuperação e repouso

Primeira fase

Sobre elevação da cabeceira e grades, foi sugerido por um especialista alterar a questão sobre o deslocamento do cateter na femoral por deslocamento do tampão local e falha na hemostasia, visto que nem todos os pacientes permanecem com a bainha introdutora e esta sugestão foi aceita.

Quanto aos exames de rotina, foi aceita a sugestão de trocar "análises clínicas" por "análises laboratoriais", por se referir à avaliação de enzimas cardíacas e fatores de coagulação. O questionamento feito por um especialista sobre a realização desses exames foi parcialmente aceito, sendo acrescida a expressão "conforme protocolo institucional",

uma vez que a solicitação de exames laboratoriais é, neste caso, um procedimento médico e diferencia a conduta de um profissional para outro. O papel do enfermeiro, neste caso, é favorecer que o exame seja realizado, pois sabe-se da importância destes resultados para que se tracem condutas importantes.

Quanto à monitorização contínua dos sinais vitais, três especialistas fizeram sugestões. Um deles fez uma observação: em sua realidade, esse cliente nem sempre fica em unidade fechada, sendo encaminhado para o quarto dependendo de sua complexidade. Outro especialista sugeriu que diferenciasse o eletrocardiograma citado neste item e no anterior. Frente a isso foi alterado o item orientando a instalar monitorização cardíaca contínua, conforme a necessidade do cliente. Clientes com história prévia de arritmias cardíacas, por exemplo, devem ser monitorados desta forma. Dois especialistas sugeriram especificar quais sinais devem ser monitorizados e um sugeriu incluir a dor. Estas sugestões não foram aceitas, pois outros itens no protocolo já os descrevem.

O item nove, referente ao surgimento de hematomas e sangramentos, teve sugestão de seis especialistas para algumas alterações. Destes, quatro sugeriram que abordasse também o curativo oclusivo no sítio femoral, usado em algumas instituições no lugar do compressivo. Foi sugerido também acrescentar a mensuração do diâmetro do hematoma e o uso do selante arterial. O item 19, que se referia à compressão do curativo, teve considerações de sete especialistas: três deles com as mesmas sugestões em relação ao curativo oclusivo. Como as recomendações ficaram repetitivas, os itens foram alterados, de forma a centralizar cuidados relacionados a hematomas no item 9, onde foram abordados cuidados para integridade da pele e hematomas; e no item 19, cuidados quanto ao aparecimento de sangramento e necessidade de um novo curativo.

Quanto à avaliação da dor, dois especialistas fizeram sugestões sobre a associação da dor durante a retirada da bainha e outras dores citadas. Um dos especialistas sugeriu ainda que fosse descrito outras intervenções para dor precordial. Essas sugestões foram aceitas, pois entende-se que a dor é um importante sinal e essa intervenção deve estar clara no protocolo. Quanto à aceitação da dieta, um especialista sugeriu a redução do jejum, propondo oferta imediata da dieta na chegada à unidade. Essa sugestão foi parcialmente aceita, considerando o tempo mínimo de uma hora de jejum, devido ao risco de náuseas pela anestesia e pelo uso do contraste intravascular.

Relacionado à deambulação precoce, um especialista sugeriu a redução do tempo de seis horas para quatro horas. Essa recomendação foi aceita e o tempo foi alterado para de três a seis horas, pois o tempo de três horas foi sugerido por alguns estudos encontrados, porém algumas instituições ainda mantêm o tempo um pouco mais estendido. [43,44]

Segunda fase:

O item B foi pontuado por um especialista, que fez a seguinte observação: "É necessário ter cuidados com este tipo de abordagem, nem todos os pacientes se sentem confortáveis." Esse comentário nos remete ao fato de que o enfermeiro cardiologista ou especialista em enfermagem cardiovascular e áreas afins tem uma abordagem tecnicista e provavelmente não se sente seguro ao perceber questões relacionadas à espiritualidade. "Ter cuidado", conforme citado, sugere cautela por parte do profissional. De fato, muitos profissionais não usam essa abordagem usualmente em sua prática, vide a falta de questionamentos quanto à ausência deste item na primeira versão do protocolo. Desta forma, foi acrescentada a seguinte observação: "Esse tipo de abordagem deve ser feita com cautela a fim de evitar constrangimentos".

No item 7, um especialista sugeriu especificar o momento exato da realização do ECG, que seria após a admissão na unidade pós-ATC e isso foi, então, detalhado. No item 8, a frase "Manter avaliação dos sinais vitais regularmente (vide item 4)" foi retirada por sugestão de um especialista, com a alegação que já havia sido citado no item 4 e deveria ser repetido a cada 4 horas. Outro especialista sugeriu que "sempre que possível" a monitorização cardíaca deveria ser instalada, confirmando a importância desta atividade. As justificativas foram consideradas coerentes e o item alterado.

Um especialista sugeriu no item 9 o uso de curativo transparente, caso haja disponibilidade no serviço, pois, segundo seu relato, o curativo compressivo poderia mascarar a presença de complicações. Outro especialista recomendou "abolir" o curativo compressivo e manter o oclusivo, a fim de reduzir o índice de complicações. As sugestões foram parcialmente aceitas, visto que o protocolo em questão tem como objetivo os clientes em uso do curativo compressivo, e a evidência científica não mostrou diferença significativa relacionada ao surgimento de complicações quanto ao uso dos diversos tipos de curativo disponíveis.[49] Sendo assim, apenas uma observação a esse respeito foi acrescentada.

No item 11, a sugestão foi substituir “uso de vasodilatadores é um fator de risco para cefaleia” para **“**uso de vasodilatadores pode desencadear cefaleia”, e a sugestão foi aceita.

No item 13, um especialista fez a observação sobre o contraste, que é eliminado por filtração glomerular, e essa sugestão foi acrescentada no campo de justificativa. Outro especialista questionou o intervalo de tempo para avaliar o débito urinário e, seguindo a avaliação dos sinais vitais já aceita, foi acrescida a frequência a cada quatro horas, que foi alterado na terceira, fase conforme descrito posteriormente.

No item 14, um especialista sugeriu alterar o termo “excretado” por “eliminado” e essa sugestão foi aceita por concordar que o contraste não é absorvido e nem metabolizado, e para ser considerado excreta, deveria ser um produto final da metabolização, que não é o caso. Esta mesma sugestão foi pontuada e aceita no item 15.

O item 16 teve várias sugestões, relacionadas ao uso da cadeira higiênica e ao tempo de repouso. Um especialista retificou que o banho com cadeira higiênica não seria necessário, visto que o tempo de repouso já teria sido cumprido. A sugestão foi parcialmente aceita e o uso da cadeira higiênica foi inserido como parte do auxílio no banho, visto que os clientes podem ter outras necessidades que não estejam relacionadas às restrições do procedimento, mas a outros antecedentes ou comorbidades associadas. Essa alteração concorda com outro especialista, que sugeriu usar a expressão “se necessário”. Outra alteração feita foi quanto ao tempo, considerado excessivo por um especialista. Com base na literatura encontrada, o tempo para o banho de aspersão com auxílio foi alterado para após o repouso de no mínimo três horas. [49]

No item 18, o tempo também foi considerado excessivo por um especialista, porém este item não foi alterado, visto que a recomendação já está adequada ao tempo de repouso evidenciado na literatura.

O item 19 teve sugestão de quatro especialistas. Um sinalizou uma simples observação, que o protocolo institucional varia de hospitais para hospitais. Dois especialistas relataram - no campo para sugestões - que antes de realizar curativo compressivo em punção radial ou braquial procede-se com a compressão manual, a menos que seja utilizada pulseira transparente. A recomendação de proceder diretamente ao curativo compressivo foi alterada, porém reforça-se que - nestes casos - não há a necessidade de compressão por 20 minutos. Rever o tempo de permanência do curativo

compressivo foi proposto por outro especialista e, com base na literatura, o tempo de permanência de seis horas foi alterado para de três a seis horas (femoral).

Durante análise dos conteúdos das respostas, foi observado que os aspectos relacionados ao conforto e bem-estar não ficaram claros no protocolo em questão. Sendo assim, após estas alterações, foram acrescidos mais dois itens ao protocolo, colaborando com a teoria dos cuidados básicos de Virgínia Henderson: um relacionado à promoção de atividades de lazer (item A) e outro a estimular o cliente a exercer sua espiritualidade (item B). Ambos foram inseridos no bloco intitulado: Intervenções de Enfermagem durante Recuperação/Repouso. Foram intitulados como A e B para que - através de uma numeração - a segunda rodada de respostas não prejudicasse a avaliação dos outros itens numerados, e pelo tipo de intervenção, estes itens não poderiam ser inseridos ao final do protocolo com itens 26 e 27, pois fariam parte do momento da alta.

Terceira fase:

O item 8 teve nota mínima atribuída por um especialista, com a seguinte alegação: "o cliente realizando o repouso/recuperação no leito de origem, não há a necessidade de monitoramento eletrocardiográfico. Atentar para sinais e sintomas de instabilidade que possam surgir." Visto o risco de alterações cardíacas devido ao procedimento realizado e às diferentes realidades no cenário brasileiro, incluiu-se a observação sobre o alerta para sinais, como dor torácica e taquicardia.

O item 9 teve a sugestão de revisão da compressão no caso de hematoma e de desmembrar o item, visto que trata de duas situações distintas, as quais ocorrem em momentos diferentes: o hematoma mais precocemente e a lesão de pele mais tardiamente. As propostas foram aceitas, sendo assim, mais um item foi acrescido no protocolo.

A frequência para registro do débito urinário foi alterada por sugestão de um especialista, uma vez que o cliente em questão apresenta demanda espontânea (item 13).

O item 16 teve a sugestão de indicar o banho apenas 12 horas após o tempo do curativo. Isso não foi aceito, pois não condiz com o proposto pela literatura, além de já ter acordo dos demais especialistas nas fases anteriores. No entanto foi acrescentada a expressão "quando necessário", pois o banho não é uma rotina a ser cumprida obrigatoriamente com três horas de repouso, e sim, na necessidade do banho, esse tempo mínimo deverá ser respeitado.

No item 18, foi proposto por um especialista que se alterasse o tempo mínimo de repouso em abordagem radial e braquial para uma hora, por ser uma prática em seu serviço. Visto a carência de estudos sobre essa abordagem e a concordância dos demais especialistas com o tempo recomendado pelo protocolo, este item não foi modificado.

No item 19, mais uma vez houve a observação da não utilização do curativo compressivo femoral, com isso, optou-se apenas por acrescentar a palavra "compressivo" no texto, a fim de especificar o tipo de curativo abordado, uma vez que este é o foco deste protocolo de cuidados.

O item B recebeu uma nota 3 com a seguinte observação: "Prática institucional, não especificamente deste paciente/procedimento." Diante disso, nenhuma alteração foi feita, pois entende-se o cuidado ao cliente com visão holística, sendo observados todos os aspectos que o envolvem: biológico, social, psicológico e espiritual.[7]

Desta forma, finaliza-se este bloco, a partir das sugestões feitas e de acordo com a concordância entre os especialistas.

Parte III- Cuidados de enfermagem para alta

Na primeira fase, o item Sinais Vitais foi considerado repetido e sugerido por dois especialistas que fosse excluído. Essa sugestão não foi acatada, visto que a avaliação dos sinais vitais antes da alta hospitalar corrobora para a confirmação do estado clínico favorável para alta. Foi, então, acrescentado o momento em que devem ser aferidos os sinais vitais: antes de encaminhar o cliente à residência.

Quanto à realização de novos exames, foi sugerido acrescentar avaliação de níveis séricos de ureia e creatinina para avaliação da função renal, devido ao risco de Nefropatia induzida por contraste. Essa sugestão foi aceita, visto que estudos confirmam a presença desse risco em pacientes submetidos à ATC.[44] Ainda sobre os exames, dois especialistas sugeriram que este item se repetia, relacionando-o ao item 7. Quanto a essa observação, não foi realizada nenhuma modificação, pois, apesar dos exames se repetirem, são em momentos diferentes: o primeiro, logo após a admissão do paciente na unidade; e o segundo momento, 24 horas depois.

Sobre a troca do curativo, quatro especialistas sugeriram rever o tempo de permanência do curativo, considerando a retirada do mesmo em seis horas e a alta em 24 horas. As sugestões foram aceitas, ficando para o momento da alta a troca do curativo

oclusivo e avaliação da necessidade de refazê-lo ou apenas proteger o local com uma película protetora.

Referente às orientações sobre o membro abordado, um especialista sugeriu rever o tempo estabelecido para as restrições (48 horas) e especificar o peso (carga) a que o cliente está restrito pegar. A sugestão foi aceita e - de acordo com as recomendações da SOCERJ (Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro) - foi recomendado o período de repouso de duas semanas e a carga máxima permitida de dez quilos.[57] Quanto às orientações sobre as intercorrências, foi sugerido acrescentar medidas a tomar em caso de sangramento. Essa medida foi aceita.

Finalmente, sobre a orientação quanto ao acompanhamento ambulatorial, um especialista sugeriu justificar o item na linha de educação em saúde e foi aceito por considerarmos a sugestão pertinente.

Na segunda fase, um especialista sugeriu pequenas modificações em relação à redação do item 21, acrescentando a expressão "conforme protocolo institucional", por se tratar de uma rotina médica – solicitação de exames laboratoriais. Outro especialista salientou que o termo mais usado para lesão renal induzida por contraste (conforme estava descrito) é NIC, e estas alterações foram feitas. No item 22, retirar as palavras do plural e substituir "certificar-se da não existência" por "em caso de presença". Estas sugestões foram aceitas e a redação alterada. Ainda no item 22, outro especialista questionou a necessidade de película protetora e essa observação foi excluída, visto que deve ser avaliada pelo enfermeiro a necessidade de qualquer cobertura quando se trata de preservar a integridade da pele.

No item 23, cinco especialistas sugeriram alterações, exclusões e fizeram questionamentos quanto ao tempo e a carga estabelecida. Um dos especialistas, inclusive, observou que o procedimento percutâneo não é incapacitante e por este motivo permite breve recuperação. Quanto a essas críticas, a observação não foi excluída, uma vez que a recomendação descrita está de acordo com as orientações fornecidas pela Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro - SOCERJ. Optou-se por descrever, na parte da justificativa, que esta é uma recomendação dada por especialistas na área.

Na terceira fase, um especialista sugeriu alterar a redação do item 21 e esta foi acatada, pois não altera o conteúdo do mesmo. No item 22, um especialista solicitou acrescentar a reavaliação médica no campo de justificativa. A solicitação foi parcialmente

aceita, pois se considera a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão frente às complicações já descritas e abordadas neste protocolo. Assim sendo, acrescentou-se a recomendação "atentar para a necessidade de reavaliação da equipe multiprofissional".

Um especialista acrescentou ao item 23 casos de aparecimento de hematomas e/ou equimose na área peri-punção por fragilidade vascular, e isto foi incluído por entender que enriquece o documento, ilustrando mais uma vez complicações relacionadas à integridade da pele.

Sendo assim, este bloco foi finalizado, tendo o acordo de todos os especialistas, visto que as taxas de aceitação foram favoráveis e as alterações feitas foram contribuições para valorização do documento.

5.3. Análise Estatística Descritiva

A análise das sugestões dos especialistas foi obtida em função da atribuição de notas para cada item do protocolo elaborado. Assim sendo, os valores das três fases realizadas foram organizados em quadros, conforme a seguir:

Quadro 2 – Dados da Primeira rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017

Fase 1											
Item do Protocolo	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**	**E8**	**E9**	**IVC**	**TC**
1	3	4	4	4	3	3	3	2	3	0,9	0,33
2	3	4	4	4	3	4	3	4	3	1	0,55
3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	0,77
5	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	0,77
6	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	0,77
7	4	4	4	4	3	4	4	3	4	1	0,77
8	3	4	4	3	3	4	3	4	4	0,9	0,55
9	4	3	4	3	3	3	3	3	3	1	0,22
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
11	4	3	4	4	4	3	4	4	4	1	0,77
12	4	3	4	4	4	1	4	4	4	0,9	0,77
13	4	4	4	4	3	3	4	4	4	1	0,77
14	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	0,77
15	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
16	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,9

17	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
18	4	4	4	4	4	3	3	3	4	1	0,66
19	2	3	4	3	3	1	3	3	4	0,77	0,22
20	1	3	4	4	4	4	1	4	4	0,77	0,66
21	4	3	4	4	3	4	2	3	4	0,9	0,55
22	4	3	4	4	4	1	3	3	4	0,9	0,55
23	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	0,77
24	4	3	4	4	3	4	3	4	4	1	0,66
25	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
Índice Médio										0,96	0,70

Legenda – IVC: Índice de Validade de Conteúdo – número de especialistas com atribuição de nota 3 ou 4/total de especialistas, TC: Taxa de Concordância- número de especialistas com atribuição de nota 4/total de especialistas.

Quadro 3 – Dados da Segunda rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017

Fase 2											
Item do Protocolo	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**	**E8**	**E9**	**IVC**	**TC**
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
A	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,9
B	3	4	4	3	4	4	4	4	4	1	0,77
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
7	4	4	4	4	3	4	4	4	4	1	0,9
8	4	4	4	4	3	3	4	4	4	1	0,77
9	4	4	4	3	4	3	4	4	4	1	0,77
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
11	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
13	4	3	4	4	3	4	4	4	4	1	0,77
14	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
15	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
16	4	3	4	3	3	2	4	4	4	0,9	0,55
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
18	4	3	4	4	4	2	4	4	4	0,9	0,77
19	3	4	4	3	4	2	3	4	4	0,9	0,55
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1

21	4	3	4	4	4	4	3	4	4	1	0,77
22	4	4	4	4	4	3	3	4	4	1	0,77
23	2	3	4	2	4	3	3	4	4	0,9	0,44
24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
Índice Médio										0,99	0,86

Legenda – IVC: Índice de Validade de Conteúdo – número de especialistas com atribuição de nota 3 ou 4/total de especialistas, TC: Taxa de Concordância- número de especialistas com atribuição de nota 4/total de especialistas.

Quadro 4 – Dados da terceira rodada de perguntas e respostas. Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2017

Fase 3											
Item do Protocolo	**E1**	**E2**	**E3**	**E4**	**E5**	**E6**	**E7**	**E8**	**E9**	**IVC**	**TC**
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
A	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
B	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	0,9
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
8	1	4	4	4	4	4	4	4	4	0,9	0,9
9	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
11	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
13	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
16	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	0,9
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
18	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,9
19	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	0,9
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
21	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
22	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	0,9
23	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	0,9

24	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1
Índice Médio										1,00	0,94

Legenda – IVC: Índice de Validade de Conteúdo – número de especialistas com atribuição de nota 3 ou 4/total de especialistas, TC: Taxa de Concordância- número de especialistas com atribuição de nota 4/total de especialistas.

Quanto ao IVC, na primeira fase, dos 25 itens, dois não atingiram a taxa recomendada (0,9), já na segunda fase, todos os itens foram aceitos, permanecendo desta forma na terceira fase. Quanto à taxa de concordância, apenas seis itens do protocolo atingiram a taxa recomendada, na primeira fase, enquanto na segunda fase, 17 itens atingiram a taxa recomendada, quando se trata de pesquisa com mais de seis especialistas.[56] Na terceira fase, todos os itens tiveram TC igual ou superior a 0,9. Esse dado mostra que as alterações acatadas contribuíram para a melhoria do protocolo.

Conforme a TC utilizada, na primeira fase, apenas os itens relacionados à coleta do histórico do cliente, avaliação da circulação periférica, ingestão hídrica, banho no leito, mudança de decúbito e orientação de alta quanto ao acompanhamento ambulatorial alcançaram a taxa 0,9 - recomendada.[56] No entanto, na fase 2, os itens relacionados a sinais vitais/monitorização cardíaca, avaliação da integridade da pele, registro do débito urinário, deambulação, avaliação de sangramento, realização de exames laboratoriais, avaliação do sítio de punção e orientação quanto aos cuidados com o membro abordado não atingiram a taxa recomendada, sendo necessária uma terceira fase, na qual estes itens foram revisados e o questionário retornou aos especialistas para uma terceira avaliação. Nessa terceira fase, todos os itens atingiram a pontuação desejada, considerando-se, assim, que houve concordância satisfatória entre os especialistas.

O índice médio da validade de conteúdo (IMVC) na primeira fase foi de 0,96 e na segunda fase subiu para 0,99, alcançando a pontuação de 1,0 na última fase. Já o índice médio da taxa de concordância (IMTC) ficou em 0,69 na primeira fase, sendo elevado para 0,86 na segunda fase e 0,94 na terceira. Esse dado revela que, para esta pesquisa, fizeram-se necessárias três avaliações para alcançar a taxa recomendada.

5.4. Protocolo de Cuidados de Enfermagem a Clientes Pós-ATC

Após a avaliação, apresenta-se o protocolo final, já validado, com as modificações e sugestões dos participantes, constando de 28 itens no total:

Quadro 5 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Acolhimento ao Cliente". Niterói, 2017

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES PÓS-ATC		
	CUIDADO	**JUSTIFICATIVA**
ACOLHIMENTO AO CLIENTE	**1. Apresentar-se ao cliente e família, orientando quanto à importância do repouso com o membro cateterizado.** Acomodá-lo no leito atentando para o local abordado: • Femoral – evitar flexão do membro inferior abordado na presença da bainha introdutora. Informar sobre o procedimento de retirada que será feito e a manutenção do membro imobilizado até a retirada do curativo compressivo. Na presença do curativo oclusivo, evitar a flexão por 2 horas aproximadamente; • Braquial – evitar flexão do membro superior abordado até a retirada do curativo compressivo; • Radial – evitar flexão do punho abordado até a retirada do curativo compressivo.	➢ Estar à disposição do cliente e família pode facilitar a abordagem para retirada de dúvidas e gera conforto em relação à segurança no atendimento a ser prestado. ➢ A flexão do membro abordado pode provocar o deslocamento da bainha introdutora ou curativo, prejudicando a hemostasia e favorecendo o surgimento de complicações - como sangramentos, hematomas ou pseudoaneurismas. ➢ A retirada da bainha introdutora é feita por médico ou enfermeiro capacitado nesta atividade. É comum a ocorrência de reações vagais e o enfermeiro deve estar atento a sinais como hipotensão, bradicardia e sudorese, além de intervir imediatamente. ➢ No caso das punções radiais e braquiais, recomenda-se manter o membro superior levemente elevado, a fim de favorecer o retorno venoso.
	2. Realizar o exame físico e avaliar os sinais vitais Atentar para: • Sinais de choque, como hipotensão e diminuição do nível de consciência; • Local de punção quanto à presença de complicações, tais como: hematomas, sangramento, equimoses, dor e cianose de extremidades.	As complicações mais graves, incluindo o sangramento, podem ser evidenciadas pelos sinais vitais e exame físico.
	3. Consultar o histórico do cliente, incluindo informações sobre o procedimento realizado, tais como: volume de contraste infundido, sangramento durante o procedimento e uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.	Estes dados podem ser sinais de alerta para prevenção de possíveis complicações.

	4. Monitorar os sinais vitais, como pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura axilar e oximetria de pulso, registrando-os a cada 4 horas após a admissão e sempre que necessário ou conforme protocolo institucional. • Atentar para localização do manguito e oxímetro de pulso. É recomendado evitar o membro abordado na presença do curativo compressivo.	Avaliar estabilidade hemodinâmica do Cliente. • A pressão exercida pelo manguito pode prejudicar a rede vascular do membro abordado, uma vez que este já possui o retorno venoso prejudicado pela presença do curativo compressivo. Também pela redução do fluxo sanguíneo nas extremidades devido ao curativo compressivo, a leitura da oximetria de pulso pode ficar prejudicada, oferecendo um falso valor.
	5. Orientar o cliente e família quanto aos cuidados durante o período de recuperação, tais como: cuidados com o membro abordado, mobilização no leito para atender à necessidade do cliente no vestuário, na alimentação, na dieta, na higiene e demais cuidados básicos.	Cliente e família bem orientados tendem a demonstrar menos ansiedade e estresse relacionados à estadia hospitalar e ao procedimento realizado. A orientação favorece a redução de complicações evitáveis, como sangramento por deslocamento do curativo, uma vez que a mobilização dos membros está restrita de acordo com o local abordado.

Quadro 6 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Recuperação/Repouso". Niterói, 2017

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES PÓS-ATC		
	CUIDADO	**JUSTIFICATIVA**
RECUPERAÇÃO/ REPOUSO	**1. Manter grades do leito elevadas**. **Manter a cabeceira elevada**, atentando para o ângulo máximo de 30 graus durante o período de repouso quando punção femoral.	As grades do leito elevadas é uma medida de segurança e pode reduzir risco de queda. A cabeceira acima do ângulo de 30 graus pode promover falha na hemostasia por deslocamento de tampão formado no local, aumentando as chances de sangramento.
	2. Providenciar eletrocardiograma como rotina e exames laboratoriais após o procedimento, conforme protocolo institucional.	O eletrocardiograma feito após a admissão na Unidade de recuperação pós-ATC é um marcador importante que mostra alterações elétricas provocadas ou não pelo procedimento coronariano e deve ser avaliado, bem como enzimas cardíacas e fatores de coagulação. São respostas ao procedimento realizado.
	3. Instalar Monitorização cardíaca contínua para avaliação do eletrocardiograma online.	O traçado do eletrocardiograma é um marcador de alerta para reinfarto por trombose aguda e arritmias cardíacas diversas. Recomenda-se o uso do monitor multiparamétrico no período de repouso sempre que possível. Atentar para sinais de complicações cardíacas, como dor torácica e taquicardia, principalmente se o monitor não estiver disponível.
	4. Avaliar a área ao redor do sítio de punção quanto ao surgimento de hematomas: • Na presença de hematoma, fazer a demarcação na pele contornando-o com caneta. Registrar data, hora e diâmetro para avaliar a evolução do mesmo. • <u>Observação: Caso seja utilizado película transparente ou curativo oclusivo após a compressão manual, recomenda-se avaliação de hematomas devido ao risco mínimo associado.</u>	O hematoma deve ser avaliado a cada hora e se for evidenciado progressão do mesmo deve-se solicitar reavaliação médica para definir a necessidade de outra intervenção além da compressão.
	10. Avaliar circulação periférica: comparar pulsos bilaterais, calor, cor e preenchimento capilar das extremidades do membro.	A perfusão pode estar prejudicada quando a compressão do curativo for excessiva. Pulsos fracos ou ausência de pulsos pode ser sinal de espasmo arterial; entorpecimento e fraqueza pode indicar compressão do nervo. A perda do pulso pode sugerir ainda: dissecção, trombose ou sutura inadequada.

	5. Avaliar e registrar presença e intensidade da dor concomitante aos sinais vitais ou durante a queixa álgica, se houver. Se evidenciada, promover analgesia e identificar a causa. No caso de dor precordial, além da analgesia, deve ser feito um eletrocardiograma de imediato e comunicar à equipe médica.	As dores mais comuns - devido ao procedimento - são: cefaleia (uso de vasodilatadores pode desencadear cefaleia), dor precordial (pode ser ocasionada por reinfarto) e dor no local da punção (devido ao trauma local ou alguma complicação). No entanto qualquer queixa deve ser valorizada.
	6. Monitorar aceitação da dieta prescrita, em média 1 hora após o procedimento ou conforme protocolo institucional. Atentar para o surgimento de náuseas e orientar a não usar o membro abordado quando se tratar de punção radial ou braquial. ➢ Atenção ao período de jejum, especialmente em pacientes diabéticos. Verificar a glicemia capilar, conforme protocolo institucional.	Alimentar-se é uma das necessidades básicas do indivíduo, de acordo com a teoria dos cuidados básicos de enfermagem. Cabe à enfermagem auxiliar o paciente nesta tarefa, uma vez que o mesmo pode ter restrição de movimento em membros superiores – dobrar o punho ou o cotovelo. O uso de contraste pode favorecer o surgimento de náuseas e vômitos durante a ingestão de alimentos.
	7. Registrar rigorosamente o débito urinário conforme demanda espontânea.	Avaliar eliminação de líquidos/Contraste, a qual é feita por via renal - Filtração glomerular.
	8. Manter acesso venoso pérvio.	Facilitar a hidratação venosa, a fim de estimular a eliminação do contraste.
	9. Estimular a ingestão hídrica.	Auxiliar na eliminação do contraste.
	10. Avaliar a integridade da pele ao redor do sítio de punção • Avaliar a pele na área de contato do curativo compressivo quanto ao surgimento de lesões de pele por aderência da fita adesiva ou reação alérgica local. Essas lesões são comumente observadas no momento da troca do curativo compressivo para oclusivo ou devido ao contato com o tipo de cobertura secundária usada.	Na presença de lesão de pele, avaliar o tipo e aplicar curativo com cobertura adequada.
	11. Auxiliar na higiene corporal, quando necessário: <u>Banho de aspersão com auxílio</u> - em média de 3 a 6 horas após a retirada da bainha. Se necessário, utilizar a cadeira higiênica. <u>Banho no leito</u> – caso seja necessário em menos de 6 horas de repouso.	O banho faz parte dos cuidados básicos de enfermagem, além de promover conforto ao cliente e diminuir risco de infecções. O tempo mínimo de 3 horas de repouso segue a recomendação da literatura e deve ser avaliado individualmente.
	12. Fazer a mudança de decúbito quando o cliente tiver a mobilização prejudicada e auxiliar na mobilização quando o cliente tiver mobilização restrita. • Se punção femoral, atentar para o período de repouso em decúbito dorsal.	Favorece conforto e melhora a circulação sanguínea, além de diminuir fricção e cisalhamento.

	13. Auxiliar na primeira deambulação após o repouso e nas próximas saídas do leito, caso seja necessário: Em média, após 2 horas da retirada da bainha, nos casos de abordagem em membro superior; e após 3 a 6 horas sem a bainha, nos casos de abordagem femoral.	A deambulação precoce favorece o retorno venoso, além de ser uma necessidade básica (mover-se). O tempo de 3 horas é sugerido por alguns estudos, porém deve ser avaliado individualmente e conforme protocolo institucional.
	14. **Avaliar a presença de sangramento no local da punção**. O sangramento pode ocorrer sob o curativo devido à falha na hemostasia ou por rompimento do curativo compressivo e deslocamento do tampão: •Caso seja evidenciado sangramento ativo no local da punção, fazer compressão sobre o local e renovar o curativo: <u>Femoral</u> - fazer compressão manual por 20 minutos e refazer o curativo, avaliando a necessidade de aplicar curativo compressivo ou oclusivo. Compressivo: Pode ser utilizado gaze e esparadrapo comum ou bandagem elástica. É retirado em média de 3 a 6 horas após o procedimento (conforme protocolo institucional), quando se deve proceder a um curativo oclusivo comum. <u>Radial ou braquial</u> – Aplicar compressão manual e proceder à aplicação do curativo imediatamente. Manter o curativo compressivo por aproximadamente 3 horas ou conforme protocolo institucional. Pode ser utilizado gaze e esparadrapo comum ou bandagem elástica. Em acessos radiais, há ainda a opção da pulseira compressiva transparente. É retirado em média 3 horas após sua instalação (conforme recomendações do fabricante ou protocolo institucional), quando se deve proceder a um curativo oclusivo comum.	Tanto a compressão mecânica sobre o sítio arterial como o curativo compressivo devem ser realizados por profissional habilitado (enfermeiro ou médico). O curativo deve ser feito preferencialmente por 2 profissionais. <u>Caso seja necessário refazer/aplicar curativo compressivo</u>: Com luvas estéreis e um firme chumaço de gaze estéril, um profissional comprime o sítio de punção e o outro posiciona tiras de fita adesiva (esparadrapo ou bandagem elástica) sobre a gaze, mantendo a compressão – do centro (sítio de punção) para as laterais. Deve-se manter curativo oclusivo como cobertura para proteger o sítio durante a estadia hospitalar.
	15. Facilitar o acesso a atividades de lazer: Oferecer ou permitir o uso de revistas, jornais, TV, rádio ou outro meio de recreação, de acordo com as normas estabelecidas na instituição.	O lazer é uma necessidade básica do ser humano. Promove conforto e alivia estresse e ansiedade. • Considerar o uso de telefonia móvel (celular) como meio de recreação e lazer.

	16. Estimular o cliente a exercer sua espiritualidade: Permitir o uso de livros, figuras ou objetos que tenham significado religioso, além de pessoas como pastores, padres ou outros, de acordo com a fé do cliente, respeitando sua crença, inclusive a recusa a tal atividade, observando as normas da instituição. Observação: Esse tipo de abordagem deve ser feita com cautela, a fim de evitar constrangimentos.	A espiritualidade também é considerada uma necessidade básica do ser humano. O indivíduo tende a se sentir mais seguro ao vivenciar uma situação de estresse e ansiedade.

Quadro 7 – Protocolo de Cuidados de Enfermagem a clientes pós-ATC – Bloco "Cuidados e Orientações para Alta". Niterói, 2017

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES PÓS-ATC		
	CUIDADO	**JUSTIFICATIVA**
CUIDADOS E ORIENTAÇÕES PARA ALTA	**1. Aferir e registrar os sinais vitais** antes de encaminhar o cliente à residência (vide item 4).	Certificação de estabilidade hemodinâmica e condições clínicas para alta.
	2. De acordo com protocolo institucional, se preconizado, **Realizar novo exame de eletrocardiograma e providenciar/coletar amostra de sangue** e encaminhar para análise laboratorial: Hemograma, TAP/PTT, enzimas cardíacas, ureia e creatinina.	Monitorização da evolução clínica do cliente 24 a 48 horas após o procedimento: sangramento, reinfarto e nefropatia induzida por contraste.
	3. Avaliar o sítio de punção e área ao redor. Fazer a retirada/troca do curativo oclusivo.	Na presença de sangramento, hematoma, equimose, pseudoaneurisma ou lesões cutâneas, traçar a conduta e registrar em prontuário. Conforme a gravidade, verificar a necessidade de avaliação multiprofissional.

	4. Orientar o cliente e família sobre cuidados com o membro abordado nos primeiros dias de recuperação e retorno às atividades diárias. · Preferencialmente, entregar recomendações por escrito.	Recomendações de especialistas sugerem não pegar peso acima de 10 Kg, dirigir e subir ou descer escadas nas duas primeiras semanas de recuperação. Empiricamente, esse período pode ser reduzido para 48h a uma semana e a carga permitida ainda não está bem definida na literatura. Cada caso deve ser avaliado individualmente. Esse cuidado facilita a cicatrização da artéria abordada e evita complicações vasculares. Se houver sangramento ativo, orientar a aplicar compressão local e se o sangramento permanecer, ou surgir hematoma na área peri-punção, procurar o serviço de emergência. Se houver sangramento ativo, orientar a aplicar compressão local; e se o sangramento permanecer, ou surgir hematoma na área peri-punção, procurar o serviço de emergência. Em média, o trabalho e a atividade sexual podem ser retomados em uma semana, embora haja recomendações de retorno em 3 dias. Exceções devem ser avaliadas individualmente.
	5. Orientar a entrar em contato com o serviço ou procurar uma emergência em caso de intercorrências. Sinais/sintomas - como: dor precordial, palpitações, dor no local de punção, febre, sangramentos ou hematomas - devem ser imediatamente abordados.	Algumas complicações vasculares podem ser identificadas ou ocorrer tardiamente, além de complicações cardíacas, como infarto ou arritmias e ainda as infecções. Todos esses casos merecem abordagem imediata por equipe especializada.
	6. Orientar quanto ao acompanhamento ambulatorial após o procedimento e o uso de medicamentos, principalmente os antiagregantes plaquetários.	Recomenda-se o uso de medicamentos a fim de reduzir as chances de intercorrências com o *stent* (no caso do implante de prótese). O cliente com doença coronariana precisa de acompanhamento médico por longo prazo após o procedimento para monitorar a evolução ou estabilização do quadro clínico. O papel do enfermeiro como educador é imprescindível neste momento e essa educação para alta deve ser iniciada inclusive durante a internação. Orientar não só o cliente, como a família e levá-los ao papel de agente principal no processo de recuperação reflete em melhor adesão ao tratamento e menores índices de complicações tardias, comprovado cientificamente .

5.5. Discussão

A RIL evidenciou estudos internacionais relacionados à temática, porém, poucos que abordassem os cuidados básicos de enfermagem. Desta forma, foi necessário acrescentar ao protocolo elaborado, outros cuidados não evidenciados nesta busca, tendo em vista a necessidade de contemplar o cuidado holístico ao cliente.

Os itens que alcançaram a taxa de concordância satisfatória na primeira fase foram os relacionados à coleta do histórico do cliente, avaliação da circulação periférica, ingestão hídrica, banho no leito, mudança de decúbito e orientação de alta quanto ao acompanhamento ambulatorial.

Destes itens, a avaliação da circulação periférica não teve nenhuma objeção, obtendo 100% de aceitação pelos respondentes. A recomendação feita é de comparar pulsos bilaterais, calor, cor e preenchimento capilar das extremidades do membro, pois, a perfusão pode estar prejudicada quando a compressão do curativo for excessiva. Pulsos fracos ou ausência de pulsos pode ser sinal de espasmo arterial, e entorpecimento e fraqueza podem indicar compressão do nervo. A ausência do pulso pode sugerir ainda: dissecção, trombose ou sutura inadequada e essas são complicações vasculares conhecidas.[58]

Além do fator biológico envolvido, salienta-se, conforme Kolkaba, que esse cuidado relacionado a avaliação da perfusão periférica estaria também relacionado ao conforto físico.[4] Ao avaliar a perfusão periférica, o enfermeiro identifica a presença ou não de fatores relacionados ao desconforto – como dor e entorpecimento – e decide por aplicar o cuidado a fim de favorecer o conforto físico, reestabelecendo ao cliente a mobilidade e a execução diversas tarefas, antes limitadas fisicamente, além de contribuir para melhora do quadro clínico. [28]

Ainda sobre a questão do conforto físico, vale destacar a importância do cuidado de enfermagem na limitação física do cliente pós-ATC, uma vez que há a restrição de movimentos dos membros devido a presença de um curativo ou bainha introdutora em acesso vascular. Essa restrição se faz necessária a fim de manter a hemostasia local e evitar complicações vasculares, e o auxílio da enfermagem corrobora com a teoria de Henderson sobre o cuidado de enfermagem quando a mesma afirma ser atribuição do enfermeiro o auxílio ao cliente, para que ele consiga desenvolver suas atividades até que o mesmo se torne independente para tal.[28] Enquanto o cliente em questão não puder manipular os

talheres para se alimentar devido a compressão no punho (abordagem radial) ou não estiver apto a sentar-se no leito devido a compressão na região inguinal (abordagem femural), a enfermagem deve lhe prestar o cuidado a fim de sanar a necessidade do cliente, nesses casos, oferecendo-lhe a dieta ou mobilizando-o no leito de forma a deixá-lo mais confortável.

Verifica-se que os itens do protocolo relacionada aos cuidados básicos de enfermagem (higiene, mobilização, comunicação e ingestão hídrica) não foram tão discutidos entre os especialistas quanto os itens relacionados aos cuidados considerados mais complexos. Estes resultados evidenciam que os enfermeiros mostram mais interesse em discutir questões relacionadas diretamente ao procedimento realizado e suas possíveis complicações pois as intervenções relacionadas à monitorização cardíaca, avaliação da integridade da pele, avaliação de sangramento, realização de exames laboratoriais, avaliação do sítio de punção e cuidados com o membro abordado necessitaram de várias revisões por apresentarem diversas sugestões por parte dos participantes da pesquisa.

Na prática assistencial, observa-se que a complexidade de uma situação é muito mais compreendida como acoplada ou ao somatório do aparato tecnológico ou à execução de procedimentos de enfermagem. Destaca-se que a situação de um cliente entubado e conectado à prótese respiratória, por exemplo, nem sempre pode ser considerada mais complexa do que a de outro cliente hospitalizado em qualquer setor e que esteja somente com acesso venoso periférico. Variavelmente, um banho de aspersão pode tornar-se mais complexo do que um banho no leito devido a diversos fatores relativos às condições de saúde do cliente. [59]

Na primeira rodada de opiniões, o item relacionado à espiritualidade foi sinalizado por um participante sobre o cuidado com esse tipo de abordagem, pois, segundo o especialista, a abordagem poderia causar desconforto ao cliente. Na etapa seguinte, a espiritualidade apresentou novamente argumentação por um especialista, sobre a qual foi alegado ser uma prática institucional e não um cuidado específico para este cliente, o que nos causou estranheza pois a espiritualidade é uma questão subjetiva e particular do indivíduo.

A espiritualidade é uma das quatro dimensões do indivíduo, e esse aspecto está incluído nos 14 componentes do cuidado básico de Henderson.[28] Entende-se a provável fragilidade no conhecimento acerca desse tema na área da enfermagem cardiovascular,

onde foi possível perceber o profissional com foco em executar técnicas e procedimentos, deixando as relações subjetivas do cuidado em segundo plano. Cabe também a discussão do conhecimento sobre o aspecto espiritual por parte da equipe de enfermagem, e se isso está relacionado com a dificuldade do enfermeiro em lidar com esta temática.

O cuidado básico de enfermagem é aplicável a todos e por esse motivo não se deve excluir, e sim incluir uma clientela específica. Além da espiritualidade, outro ponto que se discute é que a questão relacionada ao lazer não tenha sofrido alteração ou questionamento por parte dos enfermeiros. Para favorecer o lazer no ambiente hospitalar, sugere-se como estratégias tais como: o uso de livros, revistas, aparelhos eletrônicos e a possibilidade do uso de telefonia móvel (celular) no período de recuperação e repouso como uma das formas de promoção do lazer, contribuindo para o aspecto sociológico do cliente, que é um dos quatro componentes do indivíduo, conforme já citado anteriormente. [28]

Quanto ao lazer, cabe ressaltar que as atividades recreativas são importantes para o fornecimento do conforto, pois está ligado à questão social do cliente pós-ATC e favorece o contato com situações que minimizem o estresse da internação e até o contato com familiares distantes. Kolkaba afirma que o indivíduo possui necessidades de conforto a serem sanadas quando passa por situações estressantes de saúde, que pode estar relacionada à própria internação.[4]

Na segunda rodada de perguntas e respostas, as questões relacionadas à monitorização cardíaca, avaliação da integridade da pele, hematoma, registro do débito urinário, banho, deambulação, sangramento, espiritualidade, exames laboratoriais na alta, avaliação do sítio de punção na alta e orientações de alta foram as que necessitaram de ajustes por não terem alcançado os índices de concordância aceitáveis.

A questão referente ao banho foi discutida durante a segunda fase de perguntas e respostas. Fato interessante foi o questionamento de um dos especialistas sobre a necessidade da higiene corporal, visto que, em sua opinião, o cliente já deveria ter feito sua higiene antes do procedimento. A necessidade de higiene não deve ser restrita a uma rotina padronizada por frequência exata (por exemplo, uma vez ao dia), e sim de acordo com o resultado que se espera para o cliente no momento que pode ser alívio e conforto após a higiene corporal e até mesmo a redução do risco de infecção pela presença de sujidade. Para a realização do banho, verifica-se previamente o cumprimento do repouso mínimo

estabelecido e o estado hemodinâmico do cliente a fim de prevenir complicações associadas ao esforço físico desenvolvido.

A necessidade da higiene deve ser avaliada pelo enfermeiro, principalmente após avaliação clínica do estado hemodinâmico do cliente, a fim de evitar complicações advindas do esforço físico realizado pelo cliente durante esta atividade. Além disso o banho proporciona bem-estar, conforto e diminui o risco de infecções, mantem a higiene e proteção da pele. Virgínia Henderson afirma que a enfermagem deve proporcionar saúde, bem-estar e conforto também ao corpo e salienta o auxílio aos indivíduos através de atividades essenciais que mantenham a saúde.[28]

Quanto à avaliação de complicações vasculares no sítio de punção antes da alta do cliente, foi exposto por um especialista a necessidade de avaliação médica durante a avaliação de complicações vasculares. Concorda-se que há a necessidade de avaliação multiprofissional, conforme a gravidade da complicação, no entanto, discute-se a autonomia do enfermeiro frente à tomada de decisão em posse de um documento criado com base científica e validado por enfermeiros para nortear a prática de enfermagem. Pode-se dizer que autonomia significa liberdade de pensamento e ação, e na prática da enfermagem, uma condição de autonomia pode implicar repercussões na tomada de decisões sem a necessidade da interferência de outros profissionais da saúde, exceto quanto às atividades relativas às questões colaborativas.

Sobre o reconhecimento de complicações e o uso de monitorização cardíaca contínua, evidenciou-se através dos participantes que essa prática não é uma rotina em suas práticas assistenciais, mesmo em face da evidência científica que sugere o uso da monitorização. Destaca-se nesse contexto, a questão da segurança do cliente, que possui fortes recomendações pelo Ministério da Saúde. A orientação é que o serviço de saúde estabeleça estratégias e ações voltadas para a segurança. Neste estudo, foram destacadas as estratégias que fortalecem a ideia do uso de um protocolo de cuidados, a fim de prevenir complicações e eventos adversos, garantindo a segurança do cliente. Destas, as ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde e os mecanismos para garantir segurança cirúrgica definem bem o que se espera de protocolos.[22]

Portanto, vários assuntos foram abordados ao longo das rodadas de questionários, sendo que na terceira fase poucas observações de mudança foram realizadas e as mesmas

não alteravam o conteúdo da informação. Observou-se, na maior parte do estudo, grande interesse dos enfermeiros em relação aos cuidados de maior complexidade, enquanto itens de cuidados relacionados às necessidades humanas básicas foram, por vezes, considerados como menos importantes, de acordo a avaliação dos especialistas.

A valorização dos cuidados básicos de enfermagem se justifica, pois, estes fazem parte do próprio conceito do que se entende como Enfermagem Fundamental. Os cuidados básicos representam as bases sobre a quais se assenta toda a prática de enfermagem, e inclui o aparato ético-filosófico e a dimensão histórica da profissão. Está ligada à noção dos conhecimentos mais simples, que são aqueles que guardam sua singeleza original, à qual não foram acrescentados novos elementos. [1]

Vale ressaltar que o cuidado, simples ou complexo, estará ligado diretamente à situação em que o cliente está inserido e prestar o cuidado básico refere-se à essência da profissão de enfermagem, tornando por este motivo, imprescindível ao enfermeiro a sua aplicação ao cliente nos mais diversos cenários de atuação. Os procedimentos podem ser mais simples, mas estão atrelados à questões particulares que determinam assim sua complexidade.

6. Considerações Finais

Considerando o proposto neste estudo, que foi: elaborar um protocolo de cuidados de enfermagem para promoção do conforto do cliente pós-ATC e validar o protocolo através da avaliação de especialistas, pode-se afirmar que os objetivos sugeridos foram alcançados. Esta pesquisa evidenciou, pela primeira vez, um protocolo de cuidados de enfermagem ao cliente pós-ATC, validado por especialistas na área de cardiologia e hemodinâmica.

A utilização das teorias de Virgínia Henderson e Katherine Kolkaba, além de convir aos objetivos do estudo, desperta para a importância da utilização de referenciais teóricos próprios da Enfermagem, no embasamento das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na prática assistencial. Quando o enfermeiro utiliza a ciência como prática, fortalece-se a si próprio como promotor de cuidado ao cliente, e à profissão, como uma prática baseada em evidências científicas e voltada para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Aponta-se como limitações do estudo a dificuldade em incluir participantes, visto que a pesquisa aborda os indivíduos à distância, sem encontro pessoal e no decorrer da mesma foram necessárias várias prorrogações de prazo para alcançar as respostas necessárias.

Apesar da dificuldade apontada, entende-se a relevância dos resultados alcançados para nortear os enfermeiros que atuarem nesta área específica. Nesse sentido, sugere-se a continuidade da investigação, no âmbito da enfermagem cardiovascular, também através da validação da aplicabilidade clínica do protocolo proposto e o desenvolvimento de novos protocolos, abordando também os períodos pré e trans-ATC. Além disso, conforme resultados de pesquisas internacionais abordadas neste estudo, sugere-se o uso de metodologias semelhantes a serem aplicadas em estudos nacionais a fim de contribuir para a enfermagem brasileira quanto aos cuidados básicos.

Ressaltam-se os cuidados básicos de enfermagem, independente do cenário de prática assistencial, na contribuição também para o cuidado de enfermagem e na formação profissional do enfermeiro, pois nota-se a necessidade do reconhecimento por parte do próprio enfermeiro, que os cuidados básicos fazem parte de sua formação e da prática de cuidar/atuar na Enfermagem.

7. Referências Bibliográficas

1. Carvalho, V. Enfermagem: ensino e perfil profissional/ organização de Vilma Carvalho; prefácio de Lygia Paim – 1 ed. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN,2006.

2. Oliveira, M F. Enfermagem em laboratório de hemodinâmica: prática clínica de diagnosticar e intervir fundamentada em Callista Roy. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza – 2009.

3. Florence Nightingale, F. Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é/ Florence Nightingale; prefácio de Ieda Barreira e Castro; tradução Amália Correa de Carvalho. - São Paulo: Editora Cortez. ABEn- CEPEn, 1989

4. Kolkaba KY. The Art of Comfort Care: Journal of Nursing Scholarship, Vol 27, Number 4, Winter 1995, p. 287-289.

5. Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. 2011, ACCF/AHA/SCAI.

6. Barbosa, MH, Moreira, T M, Tavares, JL, Andrade, E V, Bitencourt, M N, De Freitas, KBC, et al. Complicações em pacientes submetidos à Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea. Enfermería Global, nº 31 Julho 2013.

7. Paes GO. Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a práxis em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde / Graciele Oroski Paes. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

8. Pimenta, CAM et al. Guia para a construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem – COREN SP – Gestão 2012 - 2014.

9. Aloan L. Hemodinâmica e Angiocardiografia. 1ª Ed. Editora ATHENEU, 1996.

10. Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista. Disponível em: http://www.sohcierj.org.br/index.php/noticias/66-noticias/814.

11. Diretrizes da SBC sobre ATC. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 64, (nº5),1995. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1995/6405 /64050017.pdf.

12. Thompson DR. Cardiovascular Nursing: from Florence to Melbourne. Heart, Lung and Circulation (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2016.01.011.

13. Barros ALBL, Ganzarolli MZ. A evoloção da assitencia de enfermagem no Brasil. In: Enfermagem em Cardiologia. 2ª edição. Editora ATHENEU, 2014.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais.

15. Oliveira, M.F. Silva, L.F. Enfermagem em laboratório de hemodinâmica: diagnóstico e intervenção fundamentados na Teoria da Adaptação de Roy. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):678-85.

16. Caixeta A, Salgado CG. Intervenções percutâneas. Rev SOCERJ, Vol. XIV, n.1. Jan / Fev / Mar 2001. p. 53- 57.

17. Abizaid A. Manual de Cardiologia Intervencionista do Instituto Dante Pazzanese. 1ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Elsevier, 2013.

18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, DE 30 de Dezembro de 2010

20. Brasil. Constituição federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br /ccivil_03/ constituicao/constituicaocompilado.htm.

21. Pinheiro, R. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html.

22. Brasil. Ministério da Saúde. DOU. PORTARIA Nº 1.169, de 15 de Junho de 2004.

23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática, 2013, 1ª edição.

24. Agencia Nacional de |Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº. 63 DE 25 de Novembro de 2011.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 123 de 28 de fevereiro de 2005. Disponível em: http://sbhci.org.br/wp-content/uploads/2010/08/ Bristish-Cardiovascular1.pdf.

26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008.

27. Silva CRL. O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar – Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008. xi, 185p. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

28. George J. B. Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

29. Queluci, GC. Formalidades na Arte de Cuidar/Atuar na Enfermagem: independência versus interdependência profissional. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

30. Nobrega MML, Silva KL. Fundamentos do Cuidar em enfermagem. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEN, 2008.

31. Ferrari RFR, Rodrigues DMMR, Baldissera VDA, Pelloso SM, Carreira L. Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para fundamentação na enfermagem: fragilidades e potencialidades. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 18 n. 1, p. 51-56, jan./abr. 2014.

32. Simões CMAR; Simões JFFL. Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Revista Referência. II.ª Série - nº 4 - Jun. 2007.

33. Silva FVF. Processo de enfermagem no cuidado clínico de conforto no domicílio para pessoas com insuficiência cardíaca. Dissertação de mestrado – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde, Fortaleza, 2013.

34. Minayo MCS (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

35. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-764.

36. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

37. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Artmed, 2011.

38. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014 – Porto Alegre: Artmed, 2013, 606p.

39. Neto DL, Nóbrega MMU. Holismo nos Modelos Teóricos de Enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasllia. v. 52, n. 2, p. 233-242, abr.ljun, 1999.

40. Dawkins KD, Gershlick T, Belder M, Chauhan A, Venn G, Schofield P. et al. *Percutaneous coronary intervention: recommendations for good practice and training. Heart* 2005; 91(*Suppl* VI):vi1–vi27. doi: 10.1136/hrt.2005.061457.

41. Shoulders OB. *Management of patients after percutaneous coronary interventions*. *Critical Care Nursing*. Vol.28, nº5, 2008.

42. Mills C., Wright C., Newell C. *Care of the post percutaneous coronary intervention patient. Australian Nursing Journal.* Vol. 17, nº7. 2012.

43. Dumond CJ. *Blood pressure and risks of vascular complications after percutaneous coronary intervention. Dimensions of Critical Care Nursing*. 26(3): 121-7.2007.

44. Lambert P. et al. *Reducing Acute Kidney Injury Due to Contrast Material: How Nurses Can Improve Patient Safety. Critical Care Nurse,* Vol. 37, n. 1, February 2017 http://ccn.aacnjournals.org/Published online ©2017 American Association of Critical-Care Nurses 10.4037/ccn2017178 2017;37 13-26.

45. Rodel VB. *Acute Coronary Syndrome: Focus on Antiplatelet Therapy. Critical Care Nurse.* http://ccn.aacnjournals.org/Published online ©2016 American Association of Critical-Care Nurses 10.4037/ccn2016497 2016;36 15-27.

46. Mcle S., Petitte T., Pride L., Leeper D. 2009. *Transparent film dressing vs pressure dressing after percutaneous transluminal coronary angiography. American Journal of Critical Care,* Vol. 18, n. 1, January 2009.

47. Schicks IE, Schoonhoven L., Aengevaeren WR., Nogarede-Hoekstra C., Va Achterberg T, Verheugt FW. *Ambulation after femoral sheath removal in percutaneous coronary intervention: a prospective comparison of early vs. late ambulation. Journal of Clinical Nursing*, 18(13):1862-70. 2009.

48. Augustin AC, Quadris AS., Sarmento-Leite RE. *Early sheath removal and ambulation in patients submitted to percutaneous coronary intervention: a randomised clinical trial. International Journal of Nursing studies*. 47(8):939-45.2010.

49. Waker S, Jen C, McCosker F, Cleary S. *Comparison of Complications in percutaneous coronary intervention patients mobilized at 3, 4, and 6 hours after femoral arterialsheath removal.Journal of Cardiovascular Nursing.* Vol 23, nº5, p 407-413, 2008.

50. Rolley JX, Salamonson Y, Dennison CR, Davidson PM. *Nursing Care Practices following a Percutaneous coronary intervention – Results of a Survey of Australian and New Zeland Cardiovascular nurses. Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol .25, nº1, p 75-84. 2010.

51. Rolley JX, Davidson PM, Salamonson Y, Fernandez R, Dennison CR. *Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention: a patient journey approach. Journal of Clinical Nursing*, 18, 2394-2405. 2009.

52. Mosleh S M, Nidal FE, Mona MAA. *Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. Journal of Clinical Nursing.* 2017 Feb; 26(3-4):418-426. doi: 10.1111/jocn.13417. Epub 2016 Jul 7.

53. Brandão ES, Santos I, Lanzillotti RS. *Validation of an instrument to acess patients with skin conditions*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(5):460-6.

54. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin, L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

55. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre a técnica Delphi em Pesquisas na Enfermagem. Revista Rene, 2012, 13(1) :242-51.

56. Alexandre NMC; Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva, vol.16 no.7 Rio de Janeiro July 2011.

57. Angioplastia. Sociedade de Cardiologia do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: https://socerj.org.br/angioplastia/.

58. Armendaris MK, Azzolin KO, Alves FJMS, Ritter SG, Moraes MAP. Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. Acta Paul Enferm 2008; 21(1): 107-11.

59. Queluci GC, Figueiredo NMA. Situações de enfermagem e graus de complexidade. Esc Anna Nery Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 171-76

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perfil do Especialista – Dados sociodemográficos e profissionais

PERFIL DO ESPECIALISTA - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

NOME COMPLETO:_____
SEXO: ( )M ( )F CIDADE:_____
ESTADO:_____
IDADE:_____
FORMAÇÃO ACADÊMICA:

ESTÁGIO	INSTITUIÇÃO	ANO DE FORMAÇÃO
GRADUAÇÃO		
ESPECIALIZAÇÃO		
MESTRADO		
DOUTORADO		
PÓS-DOUTORADO		

TITULAÇÃO ACADÊMICA:
( )ESPECIALIZAÇÃO . ÁREA:_____
( )MESTRADO. ÁREA:_____
( )DOUTORADO. ÁREA:_____
( )PÓS-DOUTORADO.ÁREA:_____
TEMPO DE EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRO:_____
TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM HEMODINÂMICA:_____
TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM UNIDADE PÓS ANGIOPLASTIA:_____

ATUA ATUALMENTE EM:
( )ASSISTÊNCIA ( )DOCÊNCIA ( )GERÊNCIA/COORDENAÇÃO

TEMPO TOTAL DE EXPERIÊNCIA EM:
( )ASSISTÊNCIA :_____
( )DOCÊNCIA:_____
( )GERÊNCIA/COORDENAÇÃO:_____

POSSUI ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO COM TEMA RELACIONADO A HEMODINÂMICA OU CARDIOLOGIA?
( ) NÃO ( ) SIM: ( ) 1 ARTIGO APENAS ( ) MAIS DE 1 ARTIGO
POSSUI ARTIGO CIENTÍFICO PUBLICADO COM TEMA RELACIONADO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM?
( ) NÃO ( )SIM: ( )1 ARTIGO APENAS ( ) MAIS DE 1 ARTIGO.

APÊNDICE B – Orientação ao participante da pesquisa

Prezado Participante,

Solicitamos que ao responder este questionário, por uma questão de sigilo de pesquisa, siga as instruções abaixo:

- Evite computadores públicos ou compartilhados. Dê preferência ao seu computador particular com acesso através de senha pessoal.
- Evite compartilhar as respostas com outros profissionais não envolvidos na pesquisa. Se possível esteja sozinho no momento de avaliação deste instrumento.

Para garantir o sigilo das informações fornecidas por você, a pesquisadora assegura que acessará estes dados através de computador particular protegido por senha pessoal.

AVALIE CADA ITEM DO PROTOCOLO A SEGUIR E MARQUE UM "X" NA RESPOSTA CONFORME A LEGENDA PARA CADA ÍTEM NUMERADO. PARA RESPOSTAS 1, 2 OU 3, JUSTIFIQUE UTILIZANDO O ESPAÇO DESIGNADO PARA COMENTÁRIOS OU SUGESTÕES.

LEGENDA:

1- Irrelevante (O ítem em questão é irrelevante, deve ser excluído)

2- Necessita de grande revisão (O ítem em questão necessita ser revisto. Justifique no campo para sugestões)

3- Necessita de pequena revisão (O ítem em questão necessita de pequena revisão. Justifique no campo para sugestões)

4- Relevante (O ítem é relevante e não necessita ser modificado)

Obrigada pela sua disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

APÊNDICE C – TCLE

Título do Projeto: **PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA**

Pesquisador Responsável: VIVIAN CRISTINA GAMA SOUZA LIMA

Orientadora: Profa. Dra. Gisella de Carvalho Quelluci

Coorientadora: Profa. Dra. Euzeli Brandão

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Telefones para contato do Pesquisador: (21)2241-7283. (21)9938-61495.

Email: vcgslima@gmail.com

Nome do voluntário:
_____

Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Senhor (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa "**PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES PÓS-ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA**" de responsabilidade da pesquisadora VIVIAN CRISTINA GAMA SOUZA LIMA.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar os cuidados de enfermagem ao paciente submetido a angioplastia coronariana é o risco de complicações a que este paciente se expõe e a ausência de uma diretriz para o processo desse cuidado. Os casos importantes de complicações incluem: hematoma no sítio de inserção, hematoma retroperitoneal, pseudoaneurisma, fistula arteriovenosa e dissecção arterial e/ou oclusão. Sabe-se que para aumentar a segurança do cliente, o processo precisa estar bem ajustado e descrito para que toda a equipe siga um modelo, evitando assim o aumento do risco de complicações. A pesquisa se justifica pela carência de estudos desenvolvidos nesta área atualmente e possui os seguintes objetivos: Elaborar um protocolo de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a angioplastia coronariana; e validar o protocolo através da avaliação de especialistas.

COLETA DE DADOS: Após devolver este TCLE assinado, o (a) sr. (a) receberá por e-mail: um questionário de perfil sócio demográfico e profissional, o protocolo de cuidados desenvolvido por este estudo e 1 questionário contendo 4 opções de respostas para cada item do protocolo e um campo para observações. O questionário deverá ser totalmente respondido e devolvido no prazo máximo de sete dias. Utilizaremos a técnica Delphi para coleta de dados. Essa técnica é um método sistematizado de julgamento de informações, destinada ao alcance do consenso de opiniões sobre um determinado assunto. É realizada a partir de sucessivas rodadas de questionários pelos participantes, o que significa que o (a) sr. (a) deverá responder a mais de um questionário nesta pesquisa. Outros participantes também responderão à este questionário e nos enviarão suas respostas. As respostas serão analisadas e caso haja alguma divergência entre os respondentes ou alteração no protocolo, o procedimento se repete até que os respondentes estejam de acordo com suas opiniões quanto ao protocolo e haja um projeto finalizado. Todo o processo será feito por meio eletrônico sem a necessidade de um encontro presencial.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Trata-se de uma pesquisa com risco mínimo do tipo psico-intelectual relacionado à possibilidade de o participante cometer algum equívoco na análise do instrumento e se sentir tensionado por este motivo durante a resposta ao questionário. Ressaltamos que você não estará passando por nenhum tipo de avaliação técnica e que estas respostas não o afetarão profissionalmente ou moralmente, apenas fazem parte de uma pesquisa acadêmica, não havendo nenhum tipo de punição caso isso ocorra. Não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas suas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais. Quanto ao risco de vazamento dos seus dados, asseguramos que em nenhum momento será feita a identificação e/ou invasão à sua intimidade, garantindo total sigilo e anonimato, inclusive em relação à instituição de origem. Quanto ao risco de vazamento de dados da pesquisa, você será esclarecido no questionário quanto aos cuidados ao enviar os dados para a pesquisa e ao receber as respostas, a pesquisadora o fará por meio eletrônico em computador particular protegido por senha pessoal e sozinha, evitando assim compartilhamento dos dados com outros indivíduos. Não haverá nenhuma despesa por parte dos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios, a pesquisa irá contribuir para o conhecimento científico e para melhoria da qualidade da assistência.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou

interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador (es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (UFF) e outra permanecerá com você.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____,
RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, _____ de _____ de 2017.

_____

Nome e assinatura do participante

_____

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência/Termo de Responsabilidade SBHCI

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

Por este instrumento particular, de um lado, **VIVIAN CRISTINA GAMA SOUZA LIMA**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora do RG nº 20.276.779-4 e do CPF nº 056.650.557-60, inscrita no COREN sob nº 155.092 – RJ, com endereço à Rua Odilon Araújo nº 249 – B2/304 – Bairro Cachambi, na cidade do Rio de Janeiro – RJ – CEP 20775-160, e-mail: vcgslima@gmail.com, telefone (21) 99386-1495, doravante denominada de **VIVIAN**, e, de outro lado, a **SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - SBHCI**, associação civil sem fins lucrativos, sediada à Rua Beira Rio, nº 45, 7º andar – conj.71/74, CEP: 04548-050, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 73.603.748-0001-52, neste ato representada, em conformidade com seu Estatuto Social, por seu Presidente, **Dr. Marcelo José de Carvalho Cantarelli**, doravante designada de **SBHCI**, considerando que as partes desejam firmar um Termo de Acordo, têm entre si justo e acordado o quanto segue:

1. A **VIVIAN** é enfermeira devidamente registrada no Conselho Regional de Enfermagem e pertence ao Departamento Especializado da **SBHCI**, Departamento de Enfermagem em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista;

2. A **VIVIAN** está realizando uma **Pesquisa de Mestrado** intitulada: "*CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES PÓS ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA EM USO DE CURATIVO COMPRESSIVO*", e necessita, para concluir seus estudos, realizar pesquisas junto a diversos enfermeiros;

3. A **SBHCI,** associação civil sem fins lucrativos, possui dentre suas finalidades estatutárias, a de estimular e realizar estudos, pesquisa científica e tecnológica, e educação continuada no campo da Cardiologia Intervencionista;

1

4. A **SBHCI**, conforme artigo 52 do seu Estatuto Social, possui o Departamento Especializado de Enfermagem em Cardiologia Intervencionista, e deseja estimular a referida pesquisa de Mestrado a ser promovida pela **VIVIAN**, de modo que se compromete a enviar um e-mail, a título gratuito, a todos os enfermeiros pertencentes ao seu Departamento de Enfermagem em Cardiologia Intervencionista, constantes em seu mailing, convidando-os a participem de referido estudo e pesquisa;

5. O referido e-mail será enviado pela **SBHCI** e terá como finalidade apenas convidar os enfermeiros do Departamento de Enfermagem em Cardiologia Intervencionista, que tiverem interesse, a participarem da pesquisa, sendo que estes deverão entrar em contato com a pesquisadora **VIVIAN**, por e-mail ou telefone, sem qualquer participação e/ou corresponsabilidade da **SBHCI**;

6. A pesquisa será feita através de e-mail, consistente na avaliação de um protocolo e resposta de 02 (dois) questionários, sendo que todos estes documentos, além do termo de consentimento, serão enviados, aos interessados em participarem da mesma, por meio eletrônico e pela pesquisadora **VIVIAN**;

7. A **VIVIAN** declara que, para a realização do presente estudo e pesquisa, observa e cumpre todas as normas constantes da legislação brasileira vigente, bem como se compromete a manter a confidencialidade de todos os documentos e dados que vier a ter acesso em razão deste Termo e/ou pesquisa/estudo;

8. As partes declaram que não possuem qualquer vínculo jurídico, nem convenciona qualquer associação com personalidade jurídica, entre as mesmas, as quais continuam mantendo independência, sujeitando-se, exclusivamente, ao pactuado neste Termo.

9. As partes concordam que a **SBHCI** não possui qualquer corresponsabilidade civil, criminal, trabalhista e/ou previdenciário com a **VIVIAN** e/ou com a pesquisa de mestrado em questão, sendo que a pesquisadora **VIVIAN** assume toda e qualquer responsabilidade sobre a mesma;

10. Na hipótese de eventual acionamento da **SBHCI** em razão do presente compromisso, a **VIVIAN** se responsabiliza por solicitar a exclusão da **SBHCI** do

processo, bem como, por ressarci-la por todos e quaisquer desembolsos com o processo, inclusive honorários advocatícios;

11. Em caso de descumprimento destas condições por qualquer das partes, a outra parte tomará as medidas administrativas e legais cabíveis;

12. Este Termo de Responsabilidade e Compromisso terá início a partir da data de sua assinatura e vigorará até o cumprimento das condições acordadas;

Ficam as partes impedidas de transferirem este Termo, no todo ou em parte, para terceiros ou a eles subrogando total ou parcialmente seus direitos e obrigações;

13. Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado de São Paulo para dirimir qualquer dúvida decorrente deste instrumento.

E por estarem assim, justas e contratadas, as partes assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das 02 (duas) testemunhas que abaixo assinam.

São Paulo, 14 de dezembro de 2016.

VIVIAN CRISTINA GAMA SOUZA LIMA
Pesquisadora

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINAMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Dr. Marcelo José de Carvalho Cantarelli
Presidente

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CLIENTES PÓS ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA EM USO DE CURATIVO COMPRESSIVO

Pesquisador: Vivian Cristina Gama Souza Lima

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 64109416.7.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assitencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.090.479

Apresentação do Projeto:

A pesquisa ora apresentada busca pensar uma rotina de cuidados de enfermagem para prevenção de complicações e promoção do conforto do cliente pós angioplastia transluminal coronariana em uso de curativo compressivo. Repartida em três fases, a primeira foi uma revisão da literatura sobre. A segunda, a partir dessa revisão da literatura, elaborar um protocolo de cuidados e, em terceiro lugar, validar esse protocolo por meio da técnica Delphi. Essa apresentação foi clara e concisa, descrevendo com precisão o que se pretende realizar em tal projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são pertinentes, adequados ao desenho da pesquisa e factíveis e podem constituir uma importante ação no campo da saúde entendida em sua integralidade e na perspectiva da atenção integral ao paciente. Estabelecer protocolos que possam melhorar o tratamento de pacientes submetidos a procedimentos do tipo aqui pesquisado segue exatamente essa direção e atende às resoluções e às exigências éticas desse tipo de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação de riscos e benefícios está mais equilibrada desde a tramitação inicial neste Comitê.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta apresenta-se coerente teórica e metodologicamente, os objetivos são relevantes e

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

factíveis, a metodologia agora se encontra adequada. Eticamente, os ajustes realizados foram significativos e a pesquisa pode se iniciar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências desse tipo foram resolvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações a considerar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810732.pdf	05/05/2017 15:50:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atual.docx	05/05/2017 15:46:05	Vivian Cristina Gama Souza Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_atual.doc	05/05/2017 15:42:55	Vivian Cristina Gama Souza Lima	Aceito
Outros	pendencias_cep.doc	05/05/2017 15:41:44	Vivian Cristina Gama Souza Lima	Aceito
Outros	termo_sbhci.pdf	14/03/2017 00:37:35	Vivian Cristina Gama Souza Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.docx	14/12/2016 22:33:11	Vivian Cristina Gama Souza Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

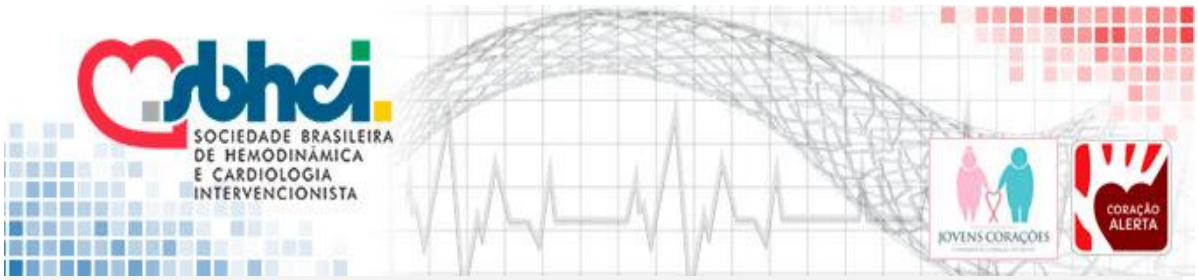
Não

NITEROI, 30 de Maio de 2017

Assinado por:
José Carlos Carraro Eduardo
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

ANEXO C– Carta Convite aos Participantes da Pesquisa



CONVITE À PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA

Prezado enfermeiro (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa de Mestrado intitulada: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CLIENTES PÓS ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA EM USO DE CURATIVO COMPRESSIVO, que tem como um dos objetivos: Validar um protocolo de cuidados pós ATC através da avaliação de especialistas. Estes especialistas devem ser enfermeiros com experiência na área de hemodinâmica e por esse motivo você está sendo convidado. A pesquisa é feita através de email e consiste na avaliação de um protocolo e resposta de um 2 questionários. Todos estes documentos, além de um termo de consentimento serão enviados por meio eletrônico. Caso tenha interesse em participar, favor entrar em contato com a pesquisadora principal:

Vivian Cristina Gama Souza Lima

vcgslima@gmail.com

(21)993861495

Agradeço a atenção e aguardo breve retorno.