



Cogitare Enfermagem

ISSN: 1414-8536

cogitare@ufpr.br

Universidade Federal do Paraná
Brasil

De Gasperi, Patricia; Radunz, Vera; Lenise do Prado, Marta
PROCURANDO REEDUCAR HÁBITOS E COSTUMES – O PROCESSO DE CUIDAR DA
ENFERMEIRA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA
Cogitare Enfermagem, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 252-257
Universidade Federal do Paraná
Curitiba - Paraná, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648988010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PROCURANDO REEDUCAR HÁBITOS E COSTUMES – O PROCESSO DE CUIDAR DA ENFERMEIRA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA

[Trying to re-educate habits and customs – nursing care process in heart surgery pre and postoperative period]

[Procurando reeducar hábitos y costumbres – el proceso de cuidar de la enfermera en el pre y post operatorios de cirugía cardíaca]

Patricia De Gasperi*; Vera Radunz**; Marta Lenise do Prado***

RESUMO: A Doença Arterial Coronariana vem crescendo de forma assustadora nos últimos anos, sendo a Cirurgia Cardíaca uma de suas formas de tratamento. A cirurgia é uma situação angustiante e única na vida do paciente e seu familiar, assim, optamos por desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com o objetivo de promover a saúde dos envolvidos no processo, procurando reeducar seus hábitos. Para atingir o objetivo fizemos uso do Modelo McGill de Enfermagem e do Modelo de Cuidado de Carraro. Apresentamos neste artigo o relato desta prática, proposta na Disciplina de Projetos Assistências em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cirurgia cardíaca; Cuidado

ABSTRACT: Arterial heart disease has been increasing sharply in the past few years, and cardiac surgery is one of its forms of treatment. Surgery is an overwhelming and unique situation in patients' and their families' lives. Thus, we have decided to develop a practice aiming at promoting process-involved health trying to re-educate their habits. To achieve this goal, McGill's Nursing Model and Carraro's Care Model were used. In this article, we have presented how this practice was carried out; it was proposed in the discipline of Nursing and Health Assistance Projects from the Postgraduation Program of Federal University of Santa Catarina.

KEYWORDS: Nursing; Heart surgery; Care

RESUMEN: La dolencia arterial coronaria viene aumentando de forma asustadora en los últimos años, siendo la cirugía cardíaca una de sus formas de tratamiento. La cirugía es una situación angustiante y única en la vida del paciente y su familia. Por esa razón, optamos por desarrollar una práctica con el objetivo de promover la salud de los involucrados en el proceso, buscando reeducar sus hábitos. Para lograr este objetivo, hicimos uso del Modelo McGill de Enfermería y del Modelo de Cuidado de Carraro. Presentaremos en este artículo el relato de como ocurrió esta práctica, propuesta en la disciplina de Proyectos Asistenciales en Enfermería y Salud, del Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Cirugía cardíaca; Cuidado.

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul - UCS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando.

**Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem, PEN/UFSC. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando.

***Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem, PEN/UFSC. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Autor correspondente:

Patricia De Gasperi

R. Professora Viero, 571 ap. 244 – 95040-520 – Caxias do Sul-RS

E-mail: patrigasper@yahoo.com.br

Recebido em: 18/05/06

Aprovado em: 05/11/06

1 RECONHECENDO A SITUAÇÃO E SELECIONANDO AS ESTRATÉGIAS

A Doença Arterial Coronariana (DAC) ainda é a principal causa de mortes nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, bem como de outros países. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é responsável por mais de sessenta mil óbitos em nosso país, sendo considerado causa isolada de mortalidade; a cada cinco ou sete casos de IAM ocorre um óbito, número considerado alto para a atualidade ^(1,2).

Uma das formas de tratamento da DAC e/ou IAM é a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM), considerada causadora de angústias e medos para o paciente que irá se submeter a este procedimento e à sua família, uma vez que por ser um procedimento de alta complexidade que pode tanto preservar a vida como também extingui-la. Além disto, esta cirurgia envolve um órgão repleto de simbolismos, mexe com a representação do centro da vida, o coração. Após o sucesso do ato cirúrgico, o paciente ainda conviverá com sinais físicos da cirurgia, distinguindo-o dos outros seres humanos ⁽³⁾.

Um outro ponto importante a ser considerado ao tratarmos de CRM diz respeito ao tempo de internação, que pode se tornar prolongado, e a recuperação longa e gradual. Isto muitas vezes, implica em recesso do trabalho, suspensão definitiva ou temporária de algumas atividades, levando à alteração do estilo de vida, tornando necessário que o paciente e sua família tenham cuidados específicos após a realização da cirurgia ⁽²⁾.

É evidente a forte relação existente entre a cirurgia cardíaca, mais especificamente, a CRM, com o desgaste emocional do paciente e seus familiares, bem como a necessidade de envolvimento das pessoas que enfrentam este processo para que a recuperação e a reabilitação se dêem de forma efetiva. Sendo assim, nos propusemos a realizar um trabalho que teve como objetivo tornar o paciente e seus familiares agentes ativos na promoção de saúde dos mesmos, procurando contribuir para uma reeducação nos hábitos e costumes destes, bem como colaborar para o enfrentamento da nova condição de vida que surge após a realização da CRM.

Para a implementação desta prática, utilizamos como metodologia a associação do Modelo McGill de Enfermagem ao Modelo de Cuidado de Carraro, uma vez que acreditamos que a enfermeira tem o dever de despertar a responsabilidade e a capacidade para o autocuidado, orientando os cuidados que o próprio paciente pode e deve ter ⁽⁴⁾.

O Modelo McGill de Enfermagem foi desenvolvido no Canadá, na Escola de Enfermagem da Universidade de McGill, tendo como objetivo engajar a pessoa/família a participar de forma ativa no processo de aprendizado sobre a sua saúde e a saúde de sua família, e enfatiza a promoção da saúde através da capacitação das pessoas para que estas possam controlar e melhorar sua saúde ⁽⁵⁾. Traz como

pressupostos que a saúde de uma nação é seu recurso mais valioso; as pessoas e as famílias aspiram a serem saudáveis e a terem potencial para alcançar uma saúde melhor; melhor saúde é conseguida e melhor aprendida por meio do envolvimento ativo e da descoberta pessoal: enfermagem é um recurso de saúde para as famílias e para as comunidades e saúde é um fenômeno de (que envolve) famílias e comunidades ⁽⁶⁾.

Entre os conceitos utilizados pelo Modelo McGill de Enfermagem temos o conceito de: enfermagem como sendo a responsável por incentivar a descoberta pessoal a respeito do viver saudável e ser saudável, pessoa/família como participantes ativos na busca do viver saudável; saúde como um processo de enfrentamento, no qual procuramos lidar com o problema e um processo de desenvolvimento, que se destina a reconhecer, mobilizar, sustentar e regular recursos que residam no contexto da pessoa, família e sociedade para então enfrentar a situação que se apresenta; ambiente compreendido como o contexto social no qual se aprende a respeito da saúde ⁽⁶⁾.

A escolha deste modelo foi determinante para este trabalho, uma vez que traz consigo pressupostos direcionados à saúde e família. Além disto, relaciona saúde e promoção da saúde, pois enfatiza a capacitação das pessoas para que estas possam ter conhecimento da sua saúde e possam desenvolver um controle sobre a mesma, e desta forma, alcançar uma saúde e uma qualidade de vida mais adequadas.

Acreditamos que com a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro atingiríamos os objetivos traçados com maior eficácia, uma vez que com a mesma poderíamos sistematizar o papel de enfermeira e educadora. A metodologia aplicada contempla as fases: Conhecendo-nos; Reconhecendo a Situação; Desenhando o Trajeto e Seleccionando as Estratégias; Seguindo e Agindo; Acompanhando a Trajetória, sendo que estas etapas podem ocorrer concomitantemente ou cada uma ao seu tempo ⁽⁷⁾.

Esta prática proposta faz parte da disciplina Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido realizado pela mestranda na Unidade Coronária (UC) de um hospital da região central do Rio Grande do Sul, após ter sido autorizado pelo comitê de ética da instituição. Participaram deste trabalho oito pacientes que se submeteram à CRM durante o mês de novembro de 2004, que estavam conscientes e concordaram em participar desta proposta de prática assistencial de enfermagem, bem como seus familiares. Os participantes tiveram seu anonimato garantido e foram informados quanto à possibilidade de retirar seu consentimento no momento em que desejassem e que o estudo não apresentaria nenhum risco para sua saúde.

Para que o objetivo pudesse ser obtido, realizamos orientações de enfermagem pré e pós-operatórias com os pacientes em questão e seus familiares. Nestas orientações

levamos em consideração a individualidade de cada ser humano, tendo em mente que cada paciente e familiar necessitava de um determinado tipo de orientação. A atuação da mestranda deu-se apenas com os pacientes previamente selecionados, ficando seu cuidado restrito aos mesmos, incluindo além das orientações o cuidado de responsabilidade da enfermeira da UC no período de internação. Todas as atividades realizadas eram descritas em um diário de campo, ou seja, ao final de cada turno de trabalho a mestranda realizava as anotações das atividades realizadas e suas percepções acerca do convívio com as pessoas com as quais mantinha contato.

2 SEGUINDO E AGINDO

Relatamos aqui de que forma deu-se a implementação desta prática assistencial. Em um primeiro momento apresentamo-nos à equipe multiprofissional da unidade coronária na qual desenvolvemos este trabalho, em seguida propusemos ao cirurgião cardíaco que trabalhássemos em conjunto. Para tanto, solicitamos que fosse avisada com antecedência a ocorrência de alguma CRM, para que pudessemos realizar algumas orientações ao paciente ainda no período pré-operatório.

2.1 O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Este período exige cuidados fisiológicos e atenção aos aspectos psicológicos e emocionais, também destinados aos familiares mais próximos do paciente. A avaliação pré-operatória é feita através do exame físico e, principalmente, pela história clínica, a qual deve ser obtida através de uma conversa com o próprio paciente, se estiver em condições, ou com o familiar mais próximo. Esta avaliação pode ser realizada pelo enfermeiro, ou pelo médico, e tem como objetivos confirmar o diagnóstico primário, identificar condições clínicas relevantes que possam impedir ou dificultar a cirurgia e determinar a capacidade do paciente em suportar o procedimento⁽⁸⁾.

Quanto ao preparo nos seus diversos aspectos, entendemos que o enfermeiro deve levar em conta o modo como o paciente, que irá se submeter a uma cirurgia cardíaca, e sua família preparam-se internamente para a realização deste procedimento, ou seja, deve levar em consideração as fontes causadoras de angústia e, seguindo estas, deve perceber o que é mais importante orientar e o quanto deve orientar a este paciente.

Os aspectos causadores de estresse neste período dizem respeito à incerteza de sua evolução, separação da família, fantasias em relação ao procedimento e pela possibilidade de morrer; mais detalhadamente: a separação da casa, da família, de seu ambiente, de suas coisas, ou seja, a perda da liberdade e a despersonalização; o medo com relação à vida em si. Durante a cirurgia os batimentos cardíacos cessam, fazendo com que alguns pacientes acreditem que realmente morrem e revivem; o fato de assumir o papel de doente e antecipar

questões com relação ao ato cirúrgico, dor, perda de controle sobre si mesmo e o medo de ficar dependente de alguém^(9, 10).

O período pré-operatório gera grandes angústias e medos, e estas podem interferir na recuperação pós-operatória, no entanto sabe-se que as orientações pré-operatórias eficazes reduzem a ansiedade e as respostas psicológicas ao estresse antes e depois da cirurgia⁽¹¹⁾, tornando evidente a importância das orientações prestadas também no período pré-operatório.

Neste período dava-se, então, o primeiro contato com o paciente, nas unidades de internação geral do hospital, momento no qual expunha o objetivo do trabalho e convidava-os a participar, fazendo uso do Consentimento Livre e Esclarecido. Implementavam-se aqui todas as etapas do Modelo de Cuidado de Carraro.

A primeira etapa – Conhecendo-nos – contemplava a apresentação mútua, enfermeira/paciente/familiar, o reconhecimento da realidade vivenciada pelos envolvidos no processo, ação esta realizada através do preenchimento de um questionário pré-operatório e de conversas informais; e a troca de experiências, considerada importante para que pudessemos orientar o paciente e seus familiares de acordo com os conhecimentos já adquiridos e sua cultura.

Na segunda etapa – Reconhecendo a Situação – procurava observar as acomodações do paciente e, através das conversas, os motivos geradores de angústias naquele momento, além de verificar se haviam recebido alguma orientação, e qual a natureza das mesmas.

Após reconhecer a situação procurávamos Selecionar as Estratégias identificando as formas para promover a saúde destas pessoas levando em consideração a sua realidade e as questões e medos levantados neste encontro, bem como procurava educar de forma que as estratégias proporcionassem descobertas para os envolvidos no processo.

A etapa de Seguindo e Agindo, contemplava a implementação das estratégias selecionadas, compreendendo, geralmente orientações relacionadas às medicações usadas na noite, ou nas 8 - 12 horas anteriores à cirurgia, a alimentação e higiene no mesmo período, bem como orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico e à anestesia. Sendo os seres humanos únicos e individuais, entendemos que as orientações deveriam ser realizadas de acordo com a vontade dos envolvidos neste processo, sem necessariamente compreender todos os assuntos citados anteriormente. Estas orientações eram feitas verbalmente e/ou com o uso de fotos, gravuras e material escrito, de acordo com as pessoas.

A etapa final deste encontro – Acompanhando a Trajetória – compreendia a avaliação verbal do paciente e seus familiares quanto às orientações recebidas, contemplando críticas, sugestões e agradecimentos, além da nossa percepção quanto à receptividade ao trabalho.

2.2 O PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Na unidade em que realizamos esta prática

assistencial de enfermagem, o período pós-operatório é dividido em pós-operatório imediato – POI, que compreende as primeiras 12 – 24 horas pós cirurgia, e o período pós-operatório mediato, ou seja, após as próximas 24 horas. O tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca é vital para o paciente, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração como órgão/bomba e a estabilidade hemodinâmica.

Assim como durante o período pré-operatório, no pós-operatório também não podemos deixar de dar atenção aos aspectos emocionais do paciente e seu familiar. Salientamos aqui que o período pós-operatório, no que diz respeito aos aspectos emocionais, é dividido em dois momentos bastante distintos: o imediatamente seguinte à cirurgia e a volta ao quarto ou unidade de internação, sendo que o principal fator desencadeante de distúrbios na fase de pós-operatório está relacionado com a unidade de recuperação, a unidade coronária, pois ao chegar nesta unidade o paciente encontra um ambiente estranho e assustador, com muitos ruídos e cheiros ⁽⁹⁾. Além disto, normalmente, da localização do leito, o paciente tem apenas uma visão restrita e monótona, podendo causar angústia e cansaço, comprometendo a recuperação.

Depois de instalado em seu leito, surgem as dificuldades relacionadas à questão do sono, que fica restrito pelos vários procedimentos e medicamentos a que o paciente precisa ser submetido de 2 em 2 horas, sem mencionar a insegurança motivado pelo grande número de pessoas que circulam dentro daquele ambiente e do desconforto físico gerado pela dor, muitas vezes resistente às medicações.

Passado o tempo de internação na unidade de recuperação, que varia entre 3 a 4 dias, chega o momento de transferir o paciente para a unidade de internação. Neste momento surgem dois novos sentimentos: a euforia de ter sobrevivido e de poder estar junto de seus familiares, e o medo, pois aquela equipe numerosa e sempre presente da unidade de recuperação agora será substituída por uma equipe menor e distante a ele até aquele momento ⁽⁹⁾.

O contato com os pacientes, neste momento, ocorreu desde o período pós-operatório imediato, quando este chegava à unidade coronária para a recuperação pós-cirúrgica. Durante todo o período pós-operatório mantínhamos uma média de 7 a 9 encontros com os pacientes, ou seja, uma ou duas visitas por dia, de acordo com a vontade e necessidade do paciente e/ou seus familiares, durante todo o período de permanência hospitalar.

Nestes encontros, a etapa Conhecendo-nos geralmente era subtraída, uma vez que nosso primeiro contato ocorria no período pré-operatório. No período pós-operatório imediato à fase Reconhecendo a Situação dava-se no momento em que o paciente chegava à Unidade Coronária, quando então era realizada uma avaliação das necessidades eletrofisiológicas do paciente, bem como procurávamos atentar para a situação vivenciada pelos familiares, uma vez

que estes ficavam na sala de visitas da unidade sem receber muitas informações a respeito do paciente.

Depois destas avaliações iniciais dávamos continuidade ao cuidado de enfermagem com a etapa Selecionado as Estratégias, na qual procurávamos o melhor modo de solucionar os problemas relacionados ao equilíbrio eletrofisiológico do paciente, geralmente relacionados à pressão arterial e à dor, e o modo como iríamos amenizar a angústia vivenciada pelos familiares. Assim, seguíamos para a etapa Seguindo e Agindo, na qual poderíamos administrar as medicações prescritas, conversar com o paciente procurando acalmá-lo, bem como conversávamos com a família, e nos casos que considerávamos possível, permitíamos a entrada de algum membro da família para ver o paciente antes do horário de visitas.

Por fim, a etapa Acompanhando a Trajetória destinava-se a avaliação final do quadro do paciente, e os sentimentos vivenciados pela família, observando, também, as estratégias que selecionamos e a nossa atuação.

Os demais encontros realizados na Unidade Coronária compreenderam as mesmas etapas, sendo que na etapa Reconhecendo a Situação, atentávamos para a evolução do quadro do paciente, que durante a realização desta prática foram positivas e para os sentimentos gerados pelo fato de estar em uma unidade fechada, restrito a um espaço pequeno e vivenciando as mais diferentes situações, como emergências e óbitos. No que diz respeito à família, a maioria deixava transparecer cansaço físico e mental, pois estava vivenciando uma situação angustiante e cansativa, já que não era permitido que os familiares ficassem no hospital, e estes precisavam deslocar-se até o mesmo no horário das visitas.

Na etapa Selecionando Estratégias, incluíam-se, na maioria das vezes, conversas a respeito da situação vivenciada e esclarecimentos de dúvidas. Sendo assim, na etapa Seguindo e Agindo, mantínhamos conversas à respeito dos mais diversos assuntos, procurando aliviar os sentimentos vivenciados. A avaliação destes encontros na etapa Acompanhando a Trajetória, ocorria da mesma forma que as demais.

Já no período pós-operatório tardio, no qual o paciente já se encontra na unidade de internação, na companhia de sua família, realizávamos as orientações pertinentes quanto ao novo estilo de vida que seria prudente adotar, dando ênfase à prática de exercícios físicos regulares, alimentação balanceada, evitando frituras e gorduras, atividade sexual gradual, lazer, evitar o fumo e o álcool, bem como orientações a respeito do retorno ao trabalho, dirigir automóveis, cuidados com as incisões cirúrgicas, o uso dos medicamentos, a consulta ao médico e exames futuros.

Neste período a etapa Reconhecendo a Situação destinava-se à observação das instalações do paciente, que deveriam ser arejadas, sem a presença de mofo e umidade, propiciando uma melhor recuperação pulmonar, bem como

atentávamos aos fatores que poderiam dificultar a recuperação e reabilitação, não apenas no âmbito hospitalar, mas principalmente no domicílio. Nestes encontros conversávamos a respeito dos hábitos e costumes da família, principalmente com relação a alimentação, exercícios físicos e uso indiscriminado de medicamentos.

Após detectar os pontos nos quais deveríamos trabalhar passávamos para as fases Seleccionando as Estratégias e Seguindo e Agindo, que incluíam conversas sobre a necessidade de mudar alguns hábitos, a dificuldade que a mudança destes hábitos gera no início, o fato de que estas dificuldades podem ser superadas com força de vontade, paciência e dando tempo ao tempo. Conversávamos também a respeito dos tipos preferenciais de alimentação, exercícios físicos e as demais orientações pertinentes, como o uso de medicamentos, visitas regulares ao cardiologista, retorno à atividade sexual e ao trabalho, entre outras.

De acordo com a vontade do paciente e seus familiares, fazíamos uso, além das conversas, de um guia de orientações, elaborado pela mestrandia, que continha as principais recomendações a respeito dos cuidados que seriam prudentes adotar.

A etapa Acompanhando a Trajetória, mais uma vez destinava-se à avaliação dos encontros. Verificávamos se as orientações haviam sido bem recebidas e compreendidas. Caso notássemos, ou caso qualquer dúvida fosse verbalizada, a mesma era respondida.

Assim, dava-se por encerrada nossa prática assistencial hospitalar, ficando a mestrandia disponível, por telefone ou pessoalmente, para esclarecer novas dúvidas e auxiliar no que estivesse ao seu alcance.

3 ACOMPANHANDO / AVALIANDO A TRAJETÓRIA

O tempo de atuação anterior da mestrandia em unidades coronárias comprovou que o contato próximo de enfermeira, paciente e família é fundamental para a boa recuperação e reabilitação do paciente, e deixou claro, também, que não podemos nos preocupar apenas com as dificuldades fisiológicas das pessoas que cuidamos, pois delas fazem parte também os aspectos sociais, familiares, espirituais, emocionais e econômicos.

Chistóforo, Zagonel e Carvalho referem que a garantia de sucesso de qualquer assistência de enfermagem pode ser atribuída à atenção dispensada no que diz respeito às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente ⁽¹²⁾.

Com a realização desta prática percebemos que o Modelo de Cuidado de Carraro associada aos ideais do Modelo McGill possibilita prestar um cuidado humanizado, individualizado e preocupado com os diversos aspectos apresentados pelo paciente e sua família, sejam eles fisiológicos ou não. Possibilita, ainda, um cuidado sistematizado, que associados aos demais aspectos já

mencionados, proporciona que as pessoas envolvidas nesta situação tornem-se agentes ativos e também responsáveis pela recuperação e reabilitação, promovendo sua saúde.

Ficou claro também que, com esta prática embasada nos princípios do Modelo McGill de Enfermagem, foi possível auxiliar o paciente e seus familiares a enfrentarem a situação que estavam vivenciando e a nova condição de vida que surgiria após a alta hospitalar. Este modelo nos proporciona prestar uma atenção direcionada ao ser humano, que precisa, também, adquirir conhecimentos para tornar-se responsável por sua saúde e/ou de sua família, sem esquecermos da cultura e conhecimentos previamente adquiridos.

Com relação ao Modelo de Cuidado de Carraro, acreditamos que este pode ser aplicada no dia-a-dia da unidade, uma vez que possibilita que prestemos uma assistência sistematizada, sem, no entanto, esquecer da visão integral que precisamos ter do paciente e seus familiares.

Assim, acreditamos que a prática assistencial de enfermagem que realizamos teve êxito em suas fases, promovendo a saúde das pessoas envolvidas neste processo, ajudando-os a reeducar hábitos e costumes, fazendo um trabalho com as pessoas e não apenas para as pessoas.

Deixamos como sugestão para os colegas que trabalham em cardiologia ou, em outras áreas de atuação da enfermagem, que experimentem aplicar o Modelo McGill de Enfermagem associado ao Modelo de Cuidado de Carraro na sua realidade. Percebemos, dos pacientes e dos funcionários da unidade onde o trabalho foi realizado, que a atuação da mestrandia foi válida e que deveria ser continuada.

REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Gomes EPS, Favarato D, Raineri A, Martins JRM, Ramires JAF. Tratamento Medicamentoso da Doença Arterial Coronária Estável em Centros de Atendimento Primário e Terciário. *Arq Bras Cardiol* 1997; 69:165-8.
2. Piegas LS et al. III Diretrizes sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio – julho 2004. Disponível em: <http://www.cardiol.br>. (15/11/04).
3. Mello Filho J et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Radunz V. *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermagem*. Goiânia: AB; 1999.
5. McGill University School of Nursing. *Origins of the McGill Model of Nursing*. Disponível em: <http://www.nursing.mcgill.ca>. (05/09/11).
6. Clark M, Olson J. *Nursing within a faith community: promoting health in times of transition*. Thousands Oaks: Sage publications; 2000.
7. Carraro TE. *Enfermagem e Assistência: resgatando Florence Nightingale*. Goiânia: AB; 1997.
8. Cameron DE, Owens SG, Baumgartner WA. *Manual de cirurgia cardíaca do Hospital Johns Hopkins*. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan; 1996.

9. Romano BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira; 1994.
10. Pereira E. et al. In: Nesralla I. Cardiologia Cirúrgica – Perspectivas para o ano 2000. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1994.
11. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
12. Chistóforo BEB, Zagonei IPS, Carvalho DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. Revista Cogitare Enferm 2006; 11(1):55-60