

## Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão<sup>1</sup>

Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>2</sup>

Thelma Leite de Araújo<sup>3</sup>

Edilma Casimiro Gomes Serafim<sup>4</sup>

Ires Lopes Custódio<sup>5</sup>

O objetivo foi verificar a influência do protocolo de consultas de enfermagem nos aspectos relacionados à ansiedade e à depressão em pacientes após revascularização miocárdica, utilizando a escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression). Ensaio clínico, randomizado, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, Fortaleza, CE. Compôs a população 146 pacientes nos quais foi realizada revascularização miocárdica, constituindo a amostra 39 pacientes do grupo controle (GC) e 39 do grupo de intervenção (GI). Os resultados foram apresentados em tabelas. A ansiedade teve média no GC de 5,41 e mediana de 5 e, no GI, teve média de 5,21 e mediana de 4. A depressão predominou no GC, com média 4,82 e mediana de 4, enquanto o GI teve média de 3,79 e mediana de 3. Constatou-se que as pessoas acompanhadas de acordo com o protocolo de consultas de enfermagem tiveram menor percentual de ansiedade e depressão, após seis meses de acompanhamento.

Descritores: Processos de Enfermagem; Revascularização Miocárdica; Ansiedade; Depressão.

<sup>1</sup> Trabalho extraído da tese de doutorado "Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia" apresentada a Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. Projeto CNPq Nº 306149/2006-0.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Assistente, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, CE, Brasil. Mestranda, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil. E-mail: edilmacasimiro@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, CE, Brasil. E-mail: iresl.custodio@gmail.com.

## **Nursing Consultation Protocol for Patients After Myocardial Revascularization: Influence on Anxiety and Depression**

The objective was to evaluate the influence of the Nursing Consultation Protocol in aspects of anxiety and depression in patients after myocardial revascularization using the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). A randomized clinical trial developed in the outpatient clinic of a public hospital in Fortaleza-Ceará. One hundred and forty six patients, who underwent myocardial revascularization, composed the population, providing the sample of 39 patients in the control group (CG) and 39 in the intervention group (IG). The results were presented in tables. Anxiety had a mean of 5.41 in the CG and a median of 5 and a mean in the IG of 5.21 and a median of 4. Depression predominated in the CG, with a mean 4.82 and a median of 4, while the IG had a mean of 3.79 and a median of 3. It was found that people monitored in accordance with the Nursing Consultation Protocol had a lower percentage of anxiety and depression after six months.

Descriptors: Nursing Process; Myocardial Revascularization; Anxiety; Depression.

### **Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión**

El objetivo fue verificar la influencia del protocolo de consultas de enfermería sobre aspectos relacionados a ansiedad y depresión en pacientes después de la revascularización del miocardio, utilizando la escala de HAD (Hospital Anxiety and Depression). Se trata de un ensayo clínico, aleatorio, desarrollado en el ambulatorio de un hospital público en Fortaleza, estado de Ceará. La población fue compuesta 146 pacientes en los cuales fue realizada la revascularización del miocardio, constituyendo la muestra 39 pacientes del grupo de control (GC) y 39 del grupo de intervención (GI). Los resultados fueron presentados en tablas. La ansiedad tuvo promedio en el GC de 5,41 y mediana de 5 y, en el GI, tuvo promedio de 5,21 y mediana de 4. La depresión predominó en el GC, con promedio 4,82 y mediana de 4; en cuanto el GI tuvo promedio de 3,79 y mediana de 3. Se constató que las personas acompañadas de acuerdo con el protocolo de consultas de enfermería tuvieron un porcentaje menor de ansiedad y depresión, después de seis meses de acompañamiento.

Descriptorios: Procesos de Enfermería; Revascularización Miocárdica; Ansiedad; Depresión.

## **Introdução**

Entre os estudos desenvolvidos na área da saúde, observa-se o interesse pelas doenças crônicas, as quais são definidas como problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento de longo prazo.

Por contribuírem, significativamente, como grupo

causal, para a taxa de mortalidade em todas as regiões brasileiras, as doenças cardiovasculares destacam-se entre as alterações crônicas. Além disso, constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil. O ônus

econômico das doenças cardiovasculares tem crescido exponencialmente nas últimas décadas<sup>(1)</sup>.

A partir dessas considerações, percebeu-se a necessidade de desenvolver estratégias para aumentar a prática do autocuidado, com vistas a controlar os fatores de risco, minimizar as complicações cardiovasculares pós-cirurgia e favorecer a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Entre as estratégias de trabalho, escolheu-se a consulta de enfermagem, por ser estratégia eficaz para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais são dirigidas ao bem-estar das pessoas envolvidas. É ação que se diferencia entre as várias maneiras de cuidar, pois possibilita a aproximação pessoa a pessoa, estabelecendo relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais<sup>(2)</sup>.

Após a cirurgia de revascularização do miocárdio, o paciente deve passar por processo de reabilitação, o qual é dinâmico, orientado para a saúde e capaz de auxiliá-lo a atingir o maior nível possível de funcionamento físico, mental, espiritual e emocional. O processo de reabilitação ajuda a pessoa a conseguir aceitável qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência<sup>(3)</sup>.

Entre as alterações emocionais mais comuns após uma cirurgia cardíaca, destacam-se a ansiedade e a depressão, sendo que, para sua avaliação, é importante que o profissional utilize uma escala validada como, por exemplo, a de *Hospital Anxiety and Depression* (HAD), que avalia as alterações como constructos separados. Trata-se de instrumento simples, mas com poder de revelar casos de transtornos do humor que poderiam passar despercebidos pela equipe assistencial<sup>(4)</sup>.

Diante dessas considerações, tem-se como objetivo verificar a influência do protocolo de consultas de enfermagem nos aspectos relacionados à ansiedade e à depressão, após seis meses de cirurgia de revascularização do miocárdio, utilizando-se a escala de HAD, comparando com um grupo controle.

## Material e Métodos

O estudo é do tipo ensaio clínico randomizado, desenvolvido no ambulatório de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza, CE. Neste estudo foi aplicado, por um período de seis meses, um protocolo de consultas de enfermagem às pessoas submetidas à revascularização do miocárdio (RM), para posterior observação de seus efeitos, em relação a outro grupo de pacientes, também submetidos à RM, mas sem serem acompanhados por meio do

protocolo.

Participaram do estudo os pacientes adultos e idosos de ambos os sexos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser a primeira cirurgia de revascularização do miocárdio, independente do tipo e do número de pontes (safena ou mamária), realizar a cirurgia no período de coleta de dados no referido hospital e aceitar participar da proposta de acompanhamento de enfermagem no período de reabilitação.

E como critérios de exclusão: realizar outra cirurgia concomitante à RM, haver sido submetido ainda no primeiro mês de pós-operatório a outro procedimento cirúrgico e morar fora da região metropolitana de Fortaleza, visto que o deslocamento dos pacientes residentes em outros municípios ou outros Estados é muito oneroso.

Foi necessário, também, definir os critérios de descontinuidade no estudo, os quais foram: ir a óbito no período de acompanhamento, mudar residência da região metropolitana de Fortaleza para outro município, desistir de participar do estudo, adquirir alguma incapacidade que impossibilitasse o comparecimento às consultas no ambulatório ou não comparecer a duas consultas consecutivas.

Durante o período de coleta de dados, 146 pacientes submeteram-se à cirurgia de revascularização do miocárdio. No entanto, atenderam os critérios de inclusão 82 pacientes, dos quais 42 pertenciam ao grupo controle e 40 ao grupo de intervenção. Em cada grupo foi descontinuado um paciente, por motivo de óbito. E, no grupo controle, dois pacientes não retornaram para a revisão pós-operatória ambulatorial. Então, cada grupo ficou constituído por 39 pacientes. A randomização dos grupos ocorreu como mostrado a seguir.

1. Grupo controle (GC): foi composto por pacientes que atenderam os critérios de inclusão e realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio nos dias ímpares (1, 3, 5, 7... 31) dos meses de setembro de 2005 a março de 2006. Esses pacientes, no total de 39, foram acompanhados no pós-operatório após a alta hospitalar, conforme o método convencional de tratamento, ou seja, somente pelo médico cardiologista no ambulatório. A pesquisadora apenas avaliou os pacientes desse grupo em dois momentos (no dia ou na véspera da alta hospitalar e seis meses após, coincidindo com a consulta médica).

2. Grupo de intervenção (GI): foi também composto por 39 pacientes, os quais, a exemplo do

GC, atenderam os critérios de inclusão e passaram por cirurgia de revascularização do miocárdio nos dias pares (2, 4, 6... 30) no mesmo período. Esses pacientes foram submetidos ao programa de intervenção de enfermagem, no qual, além da avaliação da pesquisadora realizada, também, no dia ou na véspera da alta hospitalar, havia, ainda, realizado orientação acerca das atividades de autocuidado para recuperação da saúde e prevenção de complicações, enfatizando a necessidade de manter estilo de vida saudável. As consultas subsequentes foram implementadas pela pesquisadora a cada um, dois, quatro e seis meses. Após a alta hospitalar, os pacientes do GI eram acompanhados pelos médicos da instituição da mesma forma que aqueles do GC.

No protocolo de consultas de enfermagem ao paciente, após a revascularização do miocárdio, há metas e intervenções realizadas que devem ser efetuadas, conforme as necessidades reais do paciente. As principais metas foram: adquirir a confiança e credibilidade do paciente, levantar problemas de enfermagem, avaliar as condições físicas e psicológicas do paciente, esclarecer quanto à cirurgia e dúvidas relatadas, sensibilizar quanto ao seguimento terapêutico e solucionar ou minimizar alterações de saúde.

No dia da última consulta, além da avaliação realizada pela pesquisadora, todos os pacientes foram encaminhados a uma enfermeira da própria instituição, para serem avaliados conforme a escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD). A avaliação da enfermeira assistencial foi feita em todos os pacientes (GI e GC), sem que ela soubesse a qual grupo pertencia o paciente, evitando, assim, resultados tendenciosos.

Como mencionado, foi utilizada a escala HAD, a qual contém duas subescalas: uma para ansiedade e outra para depressão. Essa escala tem sete questões do tipo múltipla escolha para cada subescala, contendo cada questão quatro itens, com valores 0 (zero), 1 (um), 2 (dois) e 3 (três), sendo zero a melhor pontuação e três a pior. A pontuação total varia de 0 (zero) a 21 (vinte e um) por subescala<sup>(4)</sup>.

Optou-se pelo uso desse instrumento em virtude dos seguintes motivos: destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, é curto, podendo ser preenchido rapidamente, trabalha ansiedade e depressão separadamente e, ao ser validado no Brasil, constatou-

se que, na prática clínica, a utilização da HAD poderia auxiliar na detecção de casos de transtornos do humor que necessitam de tratamento<sup>(4)</sup>.

Os resultados foram analisados de forma descritiva e apresentados por meio de tabelas. Os dados foram compilados e analisados nos programas computacionais: Excel 2003, Word 2003, SPSS 13.0 e R 2.4.1.

No intuito de atender a Resolução n.196/96, da Comissão Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital sob n. 292/05. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar do estudo. Foi garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

## Resultados

### Indicadores de caracterização

Ao comparar os dois grupos de estudo em relação às suas características sociodemográficas, verificou-se similaridade para sexo, predominando o sexo masculino (62,8%), idade com média aproximada de 65 anos, variando de 38 a 86 anos, baixa escolaridade, em que 73,1% cursaram até o ensino fundamental incompleto, predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário mínimo (55,1%), cuja renda era proveniente da aposentadoria, 65,4% tinham antecedentes familiares com doenças isquêmicas do coração e 82,1% eram católicos. Entre os indicadores de caracterização, foi constatada diferença significativa ( $p=0,033$ ) somente no estado civil, uma vez que o GC tinha percentual maior (87,2%) de pessoas casadas ou em união estável, contra 64,1% do GI.

### Indicadores dos aspectos relativos à ansiedade e à depressão, segundo a escala de HAD

Em virtude da escala de HAD abordar a ansiedade e a depressão em questões diferentes, de forma alternada, ambas foram analisadas separadamente. A princípio, determinou-se a média de pacientes que sentiram ansiedade após seis meses de cirurgia.

A ansiedade foi avaliada ao final do estudo, cuja média do GC foi de 5,41 e mediana de 5. Enquanto o GI teve média de 5,21 e mediana de 4.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes dos grupos controle e intervenção, segundo as questões que avaliam ansiedade na escala de HAD. Fortaleza, CE, 2006

	Controle		Intervenção		Total		Teste exato de Fisher
	n.casos	%	n.casos	%	n.casos	%	
Tenso e nervoso							
Nunca ou algumas partes do dia	28	71,8	30	76,9	58	74,4	p=0,796
Quase todo o dia	11	28,2	9	23,1	20	25,6	
Total	39	100	39	100	78	100	
Medo de alguma coisa ruim acontecer							
Não sente ou não se preocupa	28	71,8	33	84,6	61	78,2	p=0,272
Sim e/ou muito intenso	11	28,2	6	15,4	17	21,8	
Total	39	100	39	100	78	100	
Preocupação							
Nunca ou algumas partes do dia	25	64,1	26	66,7	51	65,4	p=1,000
Quase todo o dia	14	35,9	13	33,3	27	34,6	
Total	39	100	39	100	78	100	
Tranquilo e relaxado							
Sempre ou muitas vezes	32	82,1	31	79,5	63	80,8	p=1,000
Raramente ou nunca	7	17,9	8	20,5	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	
Sensação desagradável de nervosismo							
Nunca ou só algumas vezes	37	94,9	37	94,9	74	94,9	p=1,000
Quase todo tempo	2	5,1	2	5,1	4	5,1	
Total	39	100	39	100	78	100	
Agitação							
Absolutamente nada	33	84,6	35	89,7	68	87,2	p=0,737
Bastante	6	15,4	4	10,3	10	12,8	
Total	39	100	39	100	78	100	
Sensações de angústia ou medo							
Nunca ou raramente	31	79,5	32	82,1	63	80,8	p=1,000
Com frequência ou muitas vezes	8	20,5	7	17,9	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	

Em relação à presença de ansiedade, avaliada segundo a escala de HAD, não houve diferença significativa ( $p>0,05$ ) entre o GC e o GI, após seis meses de acompanhamento.

Diante dos dados da Tabela 1, embora não tenha sido constatada diferença significativa entre os grupos, há predomínio em todos os indicadores de ansiedade das pessoas do GC.

Em relação à presença de depressão, após seis meses de cirurgia, também foi estabelecida a média de pacientes que apresentavam depressão e, posteriormente, foi analisado cada indicador individualmente.

Conforme a análise, os indicadores de depressão estavam mais presentes no GC, com média 4,82 e desvio padrão de 4,62, enquanto o GI teve média de 3,79 e desvio padrão de 3,06. Constatou-se que as pessoas acompanhadas de acordo com o protocolo de consultas de enfermagem tiveram menor percentual de depressão, após seis meses de acompanhamento. Contudo, não houve diferença significativa ( $p>0,05$ ) entre os grupos. Entretanto, segundo se constatou, o grupo acompanhado com maior frequência (GI) mostrou menor índice de depressão.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do grupo controle e do grupo de intervenção, segundo avaliação da depressão, conforme a escala de HAD. Fortaleza, CE, 2006

	Controle		Intervenção		Total		Teste exato de Fisher
	n.casos	%	n.casos	%	n.casos	%	
Desfruta das mesmas coisas							
Certamente do mesmo modo	30	76,9	30	76,9	60	76,9	p=1,000
Somente um pouco ou não desfruta nada	9	23,1	9	23,1	18	23,1	
Total	39	100	39	100	78	100	
Capaz de rir e achar as coisas engraçadas							
Igual a sempre	28	71,8	30	76,9	58	74,4	p=0,796
Atualmente muito menos ou nada	11	28,2	9	23,1	20	25,6	
Total	39	100	39	100	78	100	

Continua...

Tabela 2 - Continuação

	Controle		Intervenção		Total		Teste exato de Fisher
	n.casos	%	n.casos	%	n.casos	%	
Sente-se alegre							
Grande parte do dia	29	74,4	34	87,2	63	80,8	
Poucas vezes ou nunca	10	25,6	5	12,8	15	19,2	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,250
Sente-se lento e atrapalhado							
Nunca ou algumas vezes	35	89,7	35	89,7	70	89,7	
Muitas vezes ou grande parte do dia	4	10,3	4	10,3	8	10,3	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,250
Perdeu o interesse pelo aspecto pessoal							
Cuida-se como sempre	26	66,7	34	87,2	60	76,9	
Não se cuida como deveria	13	33,3	5	12,8	18	23,1	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,058
Espera as coisas com ilusão							
Como sempre	28	71,8	37	94,9	65	83,3	
Menos do que antes	11	28,2	2	5,1	13	16,7	
Total	39	100	39	100	78	100	p=0,013
Capaz de desfrutar lendo livro ou assistindo televisão							
Muitas vezes	31	79,5	30	76,9	61	78,2	
Poucas vezes ou nunca	8	20,5	9	23,1	17	21,8	
Total	39	100	39	100	78	100	p=1,000

Somente em uma das questões houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ) - esperança das coisas melhorarem - representada por 94,9% do GI e 71,8% do GC. Os demais indicadores não mostraram diferença significativa ( $p > 0,05$ ). Ao comparar o GC com o GI, verificou-se maior percentual das pessoas do GI com capacidade de rir (76,9%), com alegria (87,2%) e com interesse pelo aspecto pessoal (87,2%); já no GC esse percentual foi, respectivamente, 71,8, 74,4 e 66,7%. Detectou-se que há maior prevalência de indicadores da depressão nos pacientes pertencentes ao grupo controle.

## Discussão

A avaliação da ansiedade e da depressão foi realizada apenas em um momento, isto é, após seis meses da alta hospitalar, com a aplicação da escala de HAD por uma enfermeira assistencial. Como já discutido, os resultados dos indicadores de ansiedade não mostraram diferença significativa entre os dois grupos. No entanto, na análise da depressão, um indicador apresentou diferença significativa, com maior percentual de pessoas do GC que diminuiu o interesse pelo aspecto pessoal e não espera mais as coisas com ilusão.

Não foram encontrados estudos sobre a aplicação da escala de HAD em pacientes revascularizados, após seis meses de alta hospitalar. Contudo, em estudo transversal de avaliação psiquiátrica, foi encontrada prevalência de 39% de transtornos do humor (20,5% de "casos" de ansiedade e 33% de "casos" de depressão) entre 78 pacientes de uma enfermaria de clínica médica após 48-72h de internamento<sup>(4)</sup>.

Em estudo desenvolvido em São Paulo, 17% dos pacientes operados do coração apresentam algum distúrbio psicológico que persiste com diferentes intensidades até um ano após a cirurgia, cujas alterações são: déficit de memória, dificuldades na solução de problemas, déficit de atenção e concentração, além de delírio, crises de choro, insônia, depressão, distúrbios de comportamento e alterações intelectuais<sup>(5)</sup>.

Outro estudo destacou que a alta hospitalar, muitas vezes, ocasiona muita ansiedade, visto que envolve dúvidas, tanto no paciente quanto na família. O indivíduo encontra-se em processo em que ele está saindo de um local, onde lhe é oferecida a assistência realizada por profissionais treinados, para poder voltar para casa, lugar esse em que algum familiar terá que desenvolver o papel de cuidador<sup>(6)</sup>.

Diante dessa realidade, os enfermeiros, entre outros profissionais de saúde que cuidam de indivíduos após revascularização do miocárdio, devem estar atentos para as características de alteração de humor, entre elas, ansiedade e depressão. A avaliação desses fatores poderá contribuir para a detecção de indivíduos com mais dificuldades para se reabilitarem, porquanto ansiedade e depressão podem refletir em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, tais como: adoção de dieta saudável, prática de exercícios físicos e abandono do fumo.

O Ministério da Saúde já adotou várias iniciativas para reduzir o impacto das doenças não transmissíveis na população brasileira, em especial as doenças

cardiovasculares. No entanto, ressalta a necessidade da criação de estratégias permanentes e continuadas para toda a população, pois o que vem sendo feito não é suficiente para a eliminação da fração de doença potencialmente prevenível. Se medidas de prevenção forem adotadas de modo mais enérgico, a epidemiologia das doenças cardiovasculares poderá ser modificada drasticamente nos próximos cinquenta anos<sup>(7)</sup>.

O enfermeiro precisa, contudo, além de estabelecer estratégias, ajudar o paciente e a família a traçar metas realistas e atingíveis pelo indivíduo e sua família em cada momento diferente, estimulando-os a continuar o esforço para buscar e atingir novos objetivos que vão sendo estabelecidos, cada um a seu tempo<sup>(6)</sup>.

A inserção da família no cuidado é fundamentada em estudo desenvolvido na cidade de Goiânia, GO, com pessoas que vivenciaram a cirurgia de revascularização do miocárdio, no qual foi observado que a família foi importante fonte de apoio emocional e social, bem como contribuiu para o enfrentamento tanto de problemas relacionados ao processo saúde e doença como, também, outros problemas sociais que envolvem o cotidiano dessas pessoas<sup>(8)</sup>.

Além disso, é necessário que o profissional de saúde acolha o paciente e sua família, o que requer o envolvimento e o comprometimento dos profissionais com os sujeitos e suas necessidades. Por isso, é preciso promover o acolhimento e construir vínculo com os sujeitos assistidos, pois se entende que não é possível fazer acolhimento das necessidades de saúde das pessoas, ouvindo-as e compreendendo-as, sem se comprometer<sup>(9)</sup>.

Aqui se faz uma advertência: o comparecimento periódico dos pacientes com doenças cardiovasculares, em especial aqueles que já vivenciaram uma intervenção cirúrgica, a exemplo da revascularização do miocárdio, às consultas médicas é primordial para a avaliação do estado de saúde, principalmente do funcionamento cardíaco, e recebimento da prescrição medicamentosa. Da mesma forma, é imprescindível o acompanhamento em consultas de enfermagem, centradas nas orientações e supervisões do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, tais como controle das alterações do estilo de vida, incentivando a prática do autocuidado.

Tudo isso pode ser facilitado com a implementação do protocolo de consultas de enfermagem. Quanto ao custo desse, embora não tenham sido calculados os valores reais gastos na sua realização, o custo médio foi baixo diante dos benefícios ocasionados. Em um estudo, no qual foi mensurado o custo por tempo dedicado pelo

enfermeiro às orientações na redução dos fatores de risco, constatou-se que o tempo utilizado para orientar os pacientes que se submeteram às intervenções de enfermagem variou de 80 a 240 minutos, no total de 204,3 minutos/paciente, em seis meses<sup>(10)</sup>. De acordo com o estabelecido, o custo da hora do enfermeiro é de R\$ 15,00, ou seja, o custo total por paciente, durante esse período, é de R\$ 51,08. Portanto, tal custo é irrisório e não pode constituir impedimento para a atuação do enfermeiro na implementação do protocolo de consultas de enfermagem.

Para encerrar as discussões, nos últimos anos, atribuiu-se intensa ênfase à identificação de tratamentos passíveis de produzir impacto sobre a morbimortalidade na cardiopatia isquêmica. Entretanto, as evidências científicas não são adotadas como prática clínica em muitas instituições<sup>(11)</sup>.

## Conclusões

Como evidenciado, o protocolo de consultas de enfermagem influenciou no controle e/ou redução dos aspectos relacionados à ansiedade e depressão, com utilização da escala de HAD. Segundo constatado, o GI teve percentual menor de pessoas com ansiedade e/ou depressão, após seis meses de acompanhamento, que o GC, e, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre os grupos, houve maior prevalência de indicadores de ansiedade e depressão nos pacientes pertencentes ao grupo controle.

Diante desses resultados, nota-se a importância da consulta de enfermagem ao paciente submetido à revascularização do miocárdio. Acredita-se que a obtenção de resultados satisfatórios só foi possível em virtude da utilização do protocolo de consultas de enfermagem, o qual possibilitou avaliação sistemática do paciente, levantando seus reais problemas para o planejamento e realização de intervenções de enfermagem, estabelecendo prioridades na adoção de medidas, principalmente daquelas que envolvem mudanças de comportamento, hábitos e estilo de vida, contemplando o paciente de forma holística nas dimensões físicas, sociais, espirituais e emocionais.

Além disso, com vistas à maior eficácia, recomenda-se que as avaliações sejam periódicas e sucessivas e permitam comparação precisa no progresso do paciente, determinando se houve evolução ou regressão.

Essa abordagem individualizada, por meio da consulta de enfermagem, para o cuidado com o paciente, requer dos enfermeiros o emprego de seu

tempo, conhecimento, competência e planejamento para melhorar a qualidade da assistência e obter resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde do paciente.

Ao se deter nos resultados, há sentimento de satisfação diante do obtido. Entretanto, considera-se

pertinente a realização de novos estudos com amostra maior e mais controle das variáveis intervenientes. Desse modo, poderão fornecer embasamento experimental mais consistente ao atual estudo, favorecendo a uniformização da assistência de enfermagem à clientela em discussão para o controle da ansiedade e depressão.

## Referências

1. Castro LCV, Franceschini S do CC, Priore SE, Pelúzio M do CG. Nutrition and cardiovascular diseases: the risk markers in adults. *Rev Nutr* 2004; 17(3):369-77.
2. Zagonel IPS. Consulta de Enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadoras. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB; 2001. p.41-56.
3. Lipp MN, Novaes LE. *O stress*. 4ª ed. São Paulo (SP): Contexto; 2000.
4. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Junior, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica* 1995; 29:355-63.
5. Oliveira MFP, Ismael SMC. *Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia*. Campinas (SP): Papirus; 1995.
6. Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletrônica Enfermagem [Internet]*. 2008;10(2):504-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>
7. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):199-201.
8. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(1):7-14.
9. Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(2):177-83.
10. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev AMRIGS*. 2005; 49(3):149-54.
11. Stein R, Alboim C, Campos C, Mello RB de, Rosito GA, Polanczyk CA. Variabilidade entre cardiologistas na abordagem aos pacientes em prevenção secundária da cardiopatia isquêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83(3):219-22.

Recebido: 8.5.2009

Aceito: 3.3.2010

### *Como citar este artigo:*

Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mai-jun 2010 [acesso em: / / ];18(3): 08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia

ano

URL