

SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: Uma Avaliação da Assistência de Enfermagem

Daiana de Lima Freire*, Gabriela Silva de Lima*, Isabella Kariny Silva Costa*, Ladjane do Carmo de Albuquerque Araújo**, Renata Gonçalves de Vasconcelos***.

Resumo: Enquadramento: Síndrome Wolff-Parkinson-White (SWPW) é caracterizada pela pré-excitação ventricular que ocorre por uma via acessória anômala auriculoventricular. Objetivos: Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em pacientes com SWPW no âmbito biossocial; relatar o conhecimento da assistência de enfermagem no cuidado ao portador de SWPW; descrever a assistência de enfermagem na SWPW sob a ótica dos enfermeiros assistenciais. Metodologia: Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e pesquisa de campo em duas instituições de saúde. Entrevistou-se 63 enfermeiros, suas falas foram analisadas utilizando a técnica de Laurence Bardin. Resultados: verificou-se que a maioria dos enfermeiros desconhece a síndrome, entretanto sabe seguir os protocolos preconizados das cardiopatias. Conclusão: Os enfermeiros desconhecem a SWPW, mas detêm a habilidade necessária para realizar assistência de acordo com as necessidades dos pacientes. O enfermeiro está envolvido em funções de gestão, gerenciais e burocráticas no serviço, que podem tirar o foco principal na assistência ao interno, sendo um fator de risco diante de intercorrências, onde nesses casos, o atendimento vai ser realizado por profissionais não qualificados.

Abstract: Framework: Wolff-Parkinson-White syndrome (SWPW) is characterized by ventricular pre-excitation that occurs by an anomalous atrioventricular accessory pathway. Objectives: Evaluate the quality of nursing attention in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome in biopsychosocial context of individuals affected by this pathology; Report knowledge of nursing attention in care for patients with SWPW; describe nursing care in SWPW from the perspective of clinical nurses. Methodology: A descriptive exploratory study with a qualitative approach and field research in two health institutions. 63 nurses were interviewed, their lines were analyzed using the technique of Laurence Bardin. Results: It was found that most nurses don't know the syndrome, however know the following approved protocols of heart diseases.

Conclusion: Nurses unaware of SWPW, but hold the necessary skills to carry out assistance according to the needs of patients. The nurse is involved in management functions, managerial and bureaucratic in service, which can take the main focus on the internal support, being a risk factor before complications, which in these cases, the service will be performed by unqualified practitioners.

Resumen: Antecedentes: Síndrome Wolff-Parkinson-White (SWPW) se caracteriza por preexcitación ventricular se produce por una vía accesoria auriculoventricular anómala. Objetivos: Evaluar la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con bajo SWPW biossocial; Conocimiento del informe de la atención de enfermería en el cuidado de pacientes con SWPW; describir los cuidados de enfermería en SWPW desde la perspectiva de las enfermeras clínicas. Metodología: Un estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo y la investigación de campo en dos instituciones de salud. Entrevistamos a 63 enfermeras, se analizaron sus líneas utilizando la técnica de Laurence Bardin. Resultados: Se encontró que la mayoría de las enfermeras que desconocen el síndrome, sin embargo saben los siguientes protocolos aprobados de las enfermedades del corazón. Conclusión: Las enfermeras desconocen SWPW, pero mantener las habilidades necesarias para llevar a cabo la asistencia de acuerdo con las necesidades de los pacientes. La enfermera está implicado en funciones de administración, gestión y burocrático en el servicio, que puede tomar el foco principal en el apoyo interno, siendo un factor de riesgo antes de complicaciones, que en estos casos, el servicio será realizado por profesionales no calificados.

Palavras-chave: Síndrome de Wolff-Parkinson-White, Assistência de enfermagem, Enfermagem perioperatória, Cardiopatias. Keywords: Wolff-Parkinson-White Syndrome, Nursing care, Perioperative nursing, Heart diseases. Palabras clave: síndrome de Wolff-Parkinson-White, cuidados de enfermería, enfermería perioperatoria, trastornos cardíacos.

* Graduanda em Enfermagem na Faculdade ASCES – PE. ** Enfermeira, Dr^a em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, professora da Faculdade ASCES de Caruaru – PE, Brasil. *** Cirurgiã-dentista, Dr^a em Neurociências e Comportamento da USP, professora da Faculdade ASCES de Caruaru – PE, Brasil. Endereço: Avenida Portugal, 584, bairro Universitário, Caruaru – PE.

Email (correspondente): *** renatavasconcelos@asc.es.edu.br

INTRODUÇÃO

A síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW) é de origem congênita, refletindo sobre crianças e adultos, ocasionando limitações físicas, distúrbios emocionais, restrições profissionais, como motorista de transporte coletivo, piloto de aeronave e atletas esportivos que não podem exercer suas atividades. Ainda não há incidência claramente definida de morte (Garbelini, 2012). Os doutores Wolff, Parkinson e White descreveram completamente a síndrome em 1930, que relataram o primeiro caso descrevendo os fundamentos. Ao longo do século que se seguiu cativaram o interesse de anatomistas, cardiologistas e cirurgiões cardíacos (Melvin, 2012). A história propriamente iniciou com elucidação do sistema de condução especializado do

coração. Foram longamente apreciadas conexões elétricas que ligavam as câmaras átrio e ventriculares (Paladino, 1876; Gaskell, 1884 citado por Melvin, 2012).

De acordo com pesquisas de His e Tawara, houve claramente o estabelecimento da anatomia do nó atrioventricular e o sistema His-Purkinje. Conseguiram comprovar que a seção do feixe de His resultou em um bloqueio atrioventricular completo e descreveram o sistema His-Purkinje (His, 1893; Tawara, 1906 citado por Melvin, 2012). Padrão (WPW) descreve a pré-excitação ventricular que ocorre por uma via acessória (VA) anômala auriculoventricular (AV), que gera uma incompleta separação entre as aurículas e os ventrículos. A condução do impulso em ritmo sinusal pode seguir pelo nó AV ou pela VA mais rapidamente, originando taquicardias de reentrada AV são a taquiarritmia mais comum nos pacientes que possuem a síndrome, mas outra arritmia que pode surgir é a fibrilação auricular, podendo degenerar em fibrilação ventricular e causar morte súbita. Outros dois tipos de arritmias que se podem associar são taquicardia de reentrada ortodrômica e taquicardia de reentrada antidrômica (Chandra et al., 2013; Drezner et al., 2013; Silva et al., 2013; Rao et al., 2014 citado por Machado & Silva, 2015).

Pelo ecocardiograma (ECG) ocorre o diagnóstico e apresentar-se por meio de uma onda delta, com o intervalo PR curto, aumentando a duração do QRS e, por vezes, alterações da repolarização. A maior parte é assintomática, sendo o padrão WPW, e outras podem ter palpitações, síncope, arritmias, com ou sem repetição hemodinâmica, e até morte súbita, caracterizando a síndrome. No momento, as recomendações indicam que apenas os de alto risco devem se tratar com ablação da VA por cateter, e a assistência de enfermagem de boa qualidade proporciona ao indivíduo uma recuperação operatória bem sucedida (Chandra et al., 2013; Drezner et al., 2013; Silva et al., 2013; Rao et al., 2014 citado por Machado & Silva, 2015a). Este tratamento com radiofrequência configura-se como opção terapêutica que vem sendo amplamente utilizado. É curativa, porém, o procedimento cirúrgico apresenta efeitos adversos que podem causar sequelas e eventualmente a morte (Garbelini, 2012).

O tratamento terapêutico com antiarrítmicos é prolongado, onerosa e propicia o surgimento de efeitos adversos. Apesar do uso correto das medicações, ainda pode ocorrer várias crises de taquicardia e, não há garantias na prevenção da morte súbita (Garbelini, 2012). Justificando o presente estudo, mostra-se de suma importância por se tratar de um tema pouco abordado na literatura, e principalmente por não haver achados que relacionem a assistência de enfermagem aos indivíduos acometidos por esta patologia, pouco conhecida, mas que atualmente representa uma parcela significativa nos portadores de doenças cardíacas. A relevância desta pesquisa estará voltada para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Pretende-se que

os resultados obtidos possam contribuir para o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a SWPW, refletindo na qualidade de vida dos portadores.

Este estudo procurou avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em pacientes com síndrome de Wolff-Parkinson-White no âmbito biossocial dos indivíduos acometidos pela patologia; relatar o conhecimento da assistência de enfermagem no cuidado ao portador de síndrome de Wolff-Parkinson-White; Descrever a assistência de enfermagem na Síndrome de Wolff-Parkinson-White sob a ótica dos enfermeiros assistenciais.

ENQUADRAMENTO

Dinâmica da síndrome de Wolff Parkinson White

A forma mais comum de pré-excitação ventricular. Dessa maneira, surge o padrão WPW, correspondendo à despolarização, ativação precoce (pré-excitação) de parte ou da totalidade do ventrículo através de uma ou mais vias acessórias durante o estímulo elétrico do átrio para o ventrículo. As vias acessórias conduzem o estímulo elétrico do coração, comumente, essas vias têm condução bidirecional, anterógrada (do átrio para o ventrículo) e retrógrada (do ventrículo para o átrio). A condução anterógrada é característica dos pacientes com WPW, que dar-se pelo intervalo PR curto e onda delta no início do complexo QRS. O diagnóstico da síndrome incide na apresentação deste padrão característico com a taquicardia paroxística que é o tipo mais frequente de pré-excitação ventricular. Podendo vir a apresentar diversas taquiarritmias, como, fibrilação atrial, que eventualmente, pode evoluir para fibrilação ventricular, ocasionando morte súbita (Wolff, Parkinson & White, 1930; Bonow, Mann, Zipes, Libby & Braunwald, 2012; Atié et al., 1990).

Os sinais e sintomas da SWPW podem ser assintomáticos ou apresentar algumas manifestações clínicas como, palpitações, vertigem, desconforto torácico (sensação de aperto), dispneia, astenia, pré-síncope, constituem os sintomas mais comuns. Síncope é um sintoma incomum, podendo estar presente quando taquicardia de reentrada aurículo-ventricular (TRAV) (surge com maior frequência em doentes jovens e do sexo masculino) desenvolve uma fibrilação atrial (FA), levando a uma instabilidade hemodinâmica podendo desencadear uma parada cardíaca e conseqüentemente, morte súbita (Zipes, 2009 citado por Rebolo, 2014).

Apresenta-se através da VA irregular por intermédio da alteração cromossômica, possibilitando classificar segundo a localização, contudo podendo classificá-las de acordo com suas características eletrofisiológicas da condução, especificamente o grau de refratariedade, tipo de condução seja decremental ou não decremental e o sentido da condução. O acontecimento das arritmias está associado com essas propriedades (Oliveira, 2012). Podem ser denominadas conforme sua localização ao

longo do anel mitral ou tricúspide, tipo de condução (decremental ou não decremental), período refratário, e capacidade de condução anterógrada, retrógrada ou ambas (Oliveira, 2012). E associar ou confundir com a síndrome essas cardiomiopatias: hipertrofia septal, doença de MELAS, anomalia de Ebstein, taquicardia de reentrada AV ortodrômica e antidrômica, taquicardia juncional recíproca persistente, taquicardia de reentrada nodal aurículo-ventricular, fibrilação e/ou flutter atrial, e fibrilação ventricular.

A finalidade do conjunto QRS tem o principio de unir a ativação ventricular a partir da VA e da via nodal. Aparece previamente e tendo continuação demorando no começo de uma etapa (onda delta), demonstrando uma ativação ventricular antecipada e uma despolarização ventricular tardia. Na segunda fase o complexo obtém o seu modelo habitual, se refere na ativação ventricular lenta através do nó AV, mas com despolarização ventricular rápida pelo sistema His-Purkinje. Quanto mais prévio for à condução pela VA em comparação com nó AV, maior é a quantidade de miocárdio despolarizado por essa via, resultando numa onda delta mais longa e proeminente e um complexo QRS mais prolongado (Bonow, Mann, Zipes, Libby & Braunwald, 2012).

Assistência de enfermagem

A enfermagem é uma profissão fundamental nas instituições de saúde, pois faz uso de uma variedade de conhecimentos não só específicos ou relacionados à área da saúde, como também aplica de forma integrativa conhecimentos derivados de outras áreas, como as ciências sociais, comportamentais, naturais e humanas. Desta forma, os enfermeiros que atuam no período perioperatório devem ter suas ações embasadas na aplicação desses conhecimentos de forma criativa, bem como possuir habilidades e competências que tenham como objetivo proporcionar um cuidado individualizado ao paciente cirúrgico. Além disso, devem também acompanhar as mudanças tecnológicas, econômicas e culturais do campo em que atuam, adequando cada uma delas ao seu cotidiano e utilizando as mesmas como subsídio para o desenvolvimento de programas de educação continuada para sua equipe (Passos, 2012).

A implantação de um modelo ou formula definida na prestação de cuidados, não garante uma maior qualidade. Por isso necessita estabelecer novas e complexas relações e interações com ser humano de forma ampla e integral, satisfazendo assim as suas necessidades. Consideram fenómeno de estratégia para repensar nas práticas de enfermagem ainda que centradas em modelos lineares e unidimensionais (Nascimento et al., 2008 citado por Silva, 2011).

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Como é a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos portadores da SWPW?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e pesquisa de campo. Realizado em duas instituições de saúde que prestam serviços em cardiologia, hemodinâmica, clínica médica e cirúrgica, urgência e emergência, localizadas em Recife – PE. A coleta dos dados ocorreu por meio do material de entrevista utilizando formulário contendo três questões subjetivas, sendo a primeira sobre conhecimento da SWPW, e a segunda e terceira sobre a condução da assistência de enfermagem perioperatória que foram preenchidas individualmente. Foram incluídos na amostra 63 enfermeiros que atuam nos serviços de ambos os sexos, com no mínimo 1 ano de experiência na instituição e a saturação amostral ocorreu em 13% dos profissionais. Desconsideraram-se os que se encontravam de férias, em licença médica ou maternidade. As entrevistas ocorreram durante o período de janeiro do presente ano, no horário de trabalho e turnos manhã e tarde evitando interromper o desenvolvimento das suas funções nas unidades. Os dados foram analisados utilizando as etapas da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Foram preservados os direitos dos entrevistados de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino das autoras, sob o protocolo nº 1382697/2016. Todos os participantes inclusos na coleta de dados aceitaram voluntariamente em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 63 enfermeiros entrevistados, 58 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Sobre a experiência de trabalho, 26 enfermeiros tinham 1-3 anos, 9 tinham 4-6 anos, 10 tinham 7-9 anos, e 18 tinham \geq 10 anos. Os resultados da coleta são apresentados a seguir:

Quadro 01 – Categoria: Conhecimento dos enfermeiros sobre síndrome de Wolf-Parkison-White – Recife, PE, 2016

COMPLETO	Subcategorias: INCOMPLETO	DESCONHECE
“Síndrome, digo arritmia cardíaca supraventricular, acarretado por uma condução elétrica acessória, acarretando taquiarritmia.../...“Tipo de arritmia que existe um impulso elétrico extra na condução levando a sentir frequentes taquicardias, ocasionando, tonturas, dispneia e mal estar”.../...“Trata-se de uma	“Nunca tive a vivência prática com a síndrome, suponho ser uma patologia cardíaca que acuse alguma dificuldade de contratilidade cardíaca levando até a hipoxemia”.../...“Arritmia em jovem”.../...“Uma arritmia. Defeito na condução elétrica cardíaca”.../...“Síndrome na maioria das vezes assintomática, porém em	“Não sei”.../...“Não conheço”.../...“Pouco conhecimento a respeito”.../...“Não recordo”.../...“Em relação ao meu conhecimento por ser uma síndrome não tão conhecida nem eu vou saber te explicar direito já que não fiz especialização, cai de paraquedas na cardio e fui ficando e já faz sete

<p>arritmia cardíaca ocasionando por estímulo adicional do no sinoatrial, evidenciado na escope cárdico com delta aparente no complexo QRS”.../...“Pré-excitação caracterizada por arritmias por reentrada (TV) início e terminos espontâneos. ECG igual a intervalo PR curto”.../...“Síndrome com presença de via acessória de condução cardíaca diferente da via normal. ECG apresenta frequência cardíaca elevada com onda “delta” nos intervalos PR complexo QRS”.</p>	<p>alguns casos os sintomas mais encontrados são: dor torácica, taquicardia”.../...“Síndrome ligada ao coração que causa taquicardia e arritmias, serão necessário realizar ECG para assim começar seu tratamento”.../...“Anormalidade de cardíaca que altera a condução elétrica no ECG demonstrado através da onda “delta”.../...“Síndrome coronariana com alterações de traçados cardíacos que se alteram em períodos de bradicardia”.../...“Arritmia cardíaca supraventricular”.</p>	<p>anos na cardio mas essa síndrome não vou saber explicar”.../...“Não há conhecimento sobre o tema abordado”.../...“Síndrome neurológica, motora e vascular”.../...“Não”.../...“Desencadeada em paciente pós operatório cardíaco causando arritmia assintomática, flagrada na realização do ECG”.../...“Nunca assisti paciente com tal patologia/...“Nunca ouvi falar” “Não sei descrever”.</p>
--	--	--

Quadro 02 – Categoria: Condução da assistência de enfermagem no Pré-operatório – Recife, PE, 2016

Subcategorias:	
COMPLETO	INCOMPLETO
<p>“Avaliamos, realizamos exame físico, coletamos e realizamos os exames pré-op. Esclarecemos as dúvidas do paciente e acompanhantes. Realizamos tricotomia e antibioticoterapia preventiva. Encaminhamos ao BC”.../...“A gente se certifica da cirurgia que vai fazer, mantém o paciente em jejum, realiza tricotomia do local que vai ser operado, explica o procedimento antes com certeza, mantém de maneira segura e tranquila para submeter a essa cirurgia, ver se existe a necessidade de sangue para ser infundido durante o procedimento, e também se certificar se os procedimentos de autorização foram assinados previamente”.../...“Verificar SSVV, peso e altura são importantíssimo, doenças pré existentes, medicação em uso, fazer SAE, acompanhamento com ex. lab + RX + tipo sanguíneo, preparar para cirurgia, fazer tricotomia, medic. Pré-anestésica quando prescrito”.../...“Recebemos paciente no leito, Monitorizamos parâmetros (FC, FR, PA, saturação de o2), sangramento, nível de consciência; rx; Diurese; Exames; Balanço hídrico”.</p>	<p>“Preparo do paciente para cirurgia e cuidados às necessidades como dispneia e taquicardia”.../...“Orientar jejum de 6 horas, e tricotomia de região inguinal”.../...“Explicar o procedimento a ser realizado, manter paciente calmo, seguir a rotina da unidade”.../...“Admitir paciente, orientar sobre procedimento, preparar sala”.</p>

Quadro 03 – Categoria: Condução da assistência de enfermagem no Transoperatório – Recife, PE, 2016

Subcategorias:	
<p>COMPLETO</p> <p>“Vigiar sinais de sangramento já que é um procedimento realizado p/ via arterial femoral ou radial, monitorizar frequência cardíaca, Sat O2, PA e ECG conforme prescrição, manter membro da via em repouso/imóvel por 6-12h, e sem movimentos bruscos 24-36h”.../... “Observar nível de sedação, temperatura, HGT, SSVV, sangramentos e atividade cardíaca”.../... “Levar paciente para sala, entubar, realizar sondagem, anestesia, realizar ablação, enfermagem monitora, extuba, retira sonda, tira introdutores, realiza curativo”.../... “Recepção, monitorização, SSVV, AVP, assepsia, exames, reserva sanguínea, materiais”.</p>	<p>INCOMPLETO</p> <p>“Posicionar paciente em sala, avaliar SSVV”.../... “Está relacionado ao procedimento cirúrgico”.../... “Acompanhar procedimento”.../... “Auxiliar na anestesia e cirurgia”.</p>

Quadro 04 – Categoria: Condução da assistência de enfermagem no Pós-operatório – Recife, PE, 2016

Subcategorias:	
<p>COMPLETO</p> <p>“A gente recebe o paciente e certificamos que foi a cirurgia certa, se foi operado o local certo e a que tipo de anestesia foi submetido para manter o decúbito dele, manter drenos abertos e funcionantes, monitorar sinais vitais, deixar o paciente de maneira confortável no leito e seguir as prescrições médicas”.../... “Orientação do paciente. Observar SSVV, monitorização cardíaca, passagem SVD, higienização c/ clorexidina degermante. Observar dreno + drenagem”.../... “Observar os sinais clínicos, aumento ou diminuição FC; Saturação; Sinais de sangramento; Sudorese, desorientação; cianose; Parâmetros sinais vitais”.../... “Inicia-se no momento em que o paciente chega a UTI p/ recuperação. Realização de exame físico, exames laboratoriais + ECG. Administração de medicação. Cuidados c/dreno e ventilação mecânica. Cuidados intensivos de acordo c/ o estado do paciente”.</p>	<p>INCOMPLETO</p> <p>“Avaliamos a FO, realizamos curativos e os cuidados gerais dos pacientes”.../... “Realizar curativos e monitorização”.../... “Proporcionar conforto ao paciente, verificar SSVV, vigilância da FO”.../... “Monitorizar e dar orientações”.</p>

Quadro 05 – Categoria: A assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica – Recife, PE, 2016

Subcategorias:		
COMPLETO	INCOMPLETO	DESCONHECE
“Monitorização de sinais vitais contínua, balanço hídrico e	“No pós-operatório, a assistência anestésica na	“Tendo em vista a pergunta proposta, não

<p>controle da diurese rigorosamente, avaliar sinais de alteração do nível de consciência utilizado a escala de cone de Glasgow, cuidados em relação a monitorização hemodinâmica, controle de infecção de cateteres e drenos, avaliar função respiratória, evitando danos irreversíveis”.../...“Certificar monitorização, evolução psicológica, acompanhar hemodinamicamente”.../...“Admissão do paciente, monitorização, instalação de drogas vasoativas ou vasopressoras, ECG, gasometria arterial, raio x, coleta de exames, acompanhamento dos drenos, diurese, etc; acompanhamento do BH”.../...“SSVV, monitorização cardíaca, VAS, perfusão tecidual, drenos, coletores, débito urinário, SNC, equilíbrio nutricional, prevenção de infecção”.</p>	<p>observação do nível de consciência ao reverter a anestesia. Bem como na avaliação do estado psíquico e motor até ser totalmente acordado”.../...“Rotina estabelecida no protocolo existente no hospital”.../...“Verificando itens da sistematização, e necessidades do paciente”.../...“Seguir protocolo de cirurgia cardíaca”.../...“É feito na URCT. Checamos as drogas, recebemos o paciente e depois refixa o tubo”.</p>	<p>tenho experiência na recuperação pós-anestésica”.../...“Não conhece”.../...“Não fazemos no setor”.../...“Não sei”.../...“Não”.../... “Não realizamos no setor”.</p>
---	---	--

Quadro 06 – Categoria: A assistência de enfermagem no pós-operatório mediato – Recife, PE, 2016

COMPLETO	Subcategorias: INCOMPLETO	DESCONHECE
<p>“Comunicar a equipe sinais de anormalidades, manter vigilância no leito, prevenindo quedas decorrentes de grades não elevadas, avaliar sinais de infecção na ferida operatória, realizar assistência com a técnica correta”.../...“No pós-mediato administração medicamentos, realização curativos, cuidados com ventilação + dreno + sinais vitais + balanço hidroeletrólítico”.../...“Certificar monitorização, evolução psicológica, acompanhar hemodinamicamente”.../...“Pós mediato: curativos,</p>	<p>“Pós-mediato: Vigiar consciência, SSVV”.../...“Exames; Balanço hídrico, sangramento”.../...“Rotina estabelecida no protocolo existente no hospital”.../...“Verificação de sinais vitais, sangramento, sinais de choque, risco de hipotermia”.../...“Monitorização hemodinâmica”.../...“Orienta ao repouso”.../...“Seguir protocolo de cirurgia cardíaca”.../...“Monitorização e esperar tempo do paciente voltar”.../...“Verificando itens da sistematização, e necessidades”.../...“Vigilância sinais e sintomas, gasometria, eletrocardiograma”.../...Pós</p>	<p>“Qual cirurgia? Aqui não recebemos paciente em POM”.../...“Tendo em vista a pergunta proposta, não tenho experiência no pós-operatório mediato, pois, os pacientes em pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca são encaminhados a UTI”.../...“Anestesia mediato (sala de recuperação)”.../...“Não o conhece”.../...“Não fazemos no setor”.../... “Não sei”.../...“Não”.../...</p>

funções respiratórias, renais, dieta, movimentação precoce”.	operatório mediato (POM): manutenção das funções corporais, quadro clínico pós operatório”.	“Não realizamos no setor”.
--	---	----------------------------

Quadro 07 – Categoria: A assistência de enfermagem no pós-operatório imediato – Recife, PE, 2016

COMPLETO	Subcategorias: INCOMPLETO	DESCONHECE
<p>“Após no pós-operatório imediato retornam ao setor iniciando a assistência de enfermagem a recuperação cirúrgica, enxergar de maneira holística observando em sua totalidade, passar confiança, (administração de medicamentos, curativos, alimentação, religiosidade, queixas, orientação quanto aos cuidados extra-hospitalar)”.../...“No pós-imediato (primeiras 24 h) exame físico, cuidados PAM e PVC, ventilação mecânica, dreno atentando p/ sangramentos, reposições hidroeletrólíticos, BH”.../...“Pós-op.: Verificação SSVV 6/6 hs; Peso + altura + diurese medido de 12/12 hs; Observar a FC + Sat qualquer sinal e sintomas, realizamos ECG; Acompanhamento da FO diária para sinalizar sinal flogísticos; Orientar a deambulação; higienização contínua das mãos; cuidados com o pós cardíacos”.</p>	<p>“Pós: Mover MID após 6 h, retirar curativo compressivo em 12 h”.../...“Pós-op.: cuidado nos curativos e demais orientação em relação entre outros a posicionamento(postura)”.../...“Pós-op.: Avaliamos e a FO Realizamos curativos e os CCGG”.../...“Atentar para hemorragias, monitorizar paciente”.../... “Rotina estabelecida no protocolo existente no hospital”.../...“Verificação de sinais vitais, sangramento, sinais de choque, risco de hipotermia”.../...“Verificando itens da sistematização, e necessidades do paciente”.../...“Seguir protocolo de cirurgia cardíaca”.../...“Certificar monitorização, evolução psicológica, acompanhar hemodinamicamente paciente”.</p>	<p>“Qual cirurgia? Aqui não recebemos paciente em POI”.../...“Não conhece”.../...“Não fazemos no setor”.../... “Não sei”.../...“Não”.../... “Não realizamos no setor”.</p>

DISCUSSÃO

O quadro 01 refere-se ao conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre a síndrome de Wolf-Parkinson-White. Nele percebe-se que muitos desconhecem a síndrome ou entendem erroneamente seu conceito. Entretanto, uma minoria a descreve de forma correta e satisfatória. Os discursos da subcategoria “Completo” no quadro 01 coincidem com a definição da síndrome presente nos estudos de Wolff, Parkinson e White (1930), Bonow, Mann, Zipes, Libby e Braunwald (2012), Atié et al. (1990), que traz a SWPW como a forma mais comum de pré-excitação ventricular. Dessa maneira, surge o padrão WPW, que corresponde à despolarização e ativação

precoce (pré-excitação) de parte ou da totalidade do ventrículo através de uma ou mais vias acessórias durante o estímulo elétrico do átrio para o ventrículo.

Entre as definições que foram citadas tendo como característica a presença de uma via acessória que resultaria em uma taquicardia supraventricular. Rebolo (2014) aborda que a SWPW caracteriza-se por episódios de taquicardia pela presença de uma via acessória AV, resultante de uma anomalia no desenvolvimento fetal, que origina uma incompleta separação entre as aurículas e os ventrículos. A condução do impulso, em ritmo sinusal, pode seguir pelo nó AV e/ou pela VA (mais rapidamente), originando pré-excitação como resultado de uma ativação precoce do ventrículo.

As falas da subcategoria “Incompleto” do quadro 01 trazem de maneira resumida conhecimentos sobre características da síndrome, neste entre as respostas que foram encontradas consta “Anormalidade cardíaca que altera a condução elétrica no ECG demonstrado através da onda delta”. De acordo com Friedmann e Fonseca citado por Friedmann (2014) em ritmo sinusal pode ser suspeitado por alterações do eletrocardiograma (intervalo PR curto e QRS alargado por onda delta) consequentes à despolarização precoce da área adjacente à via acessória, fenômeno este denominado de pré-excitação. A presença da via acessória constitui o substrato para a ocorrência do fenômeno de reentrada.

Ainda no quadro 01, na subcategoria “Desconhece”, não se obteve fundamentação teórica para respaldar as falas visto que as autoras não identificaram estudos anteriores em que o profissional viesse a apresentar ausência de conhecimento sobre a síndrome. Entretanto, no discurso dos enfermeiros, infere-se que muitos apenas se importam com a realização dos procedimentos que serão realizados e não com o conhecimento prévio sobre a patologia. Atrelado a isso, considera-se o fato de ser uma síndrome pouco conhecida e pouco recorrente.

O quadro 2 descreve a condução da assistência de enfermagem no pré-operatório, nele percebe-se que a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) é pouco citada, sendo que sua prática é de fundamental importância, pois segundo Adamy e Tosatti (2012, p. 3) “A sistematização perioperatória tem por objetivos, proporcionar uma assistência integral e individualizada, ajudando o paciente e a família conhecer e compreender o procedimento que será realizado a fim de tranquilizá-los e tentar diminuir os riscos que um procedimento pode oferecer”.

Os discursos demonstraram uma maior preocupação com o cumprimento de rotinas e procedimentos como, por exemplo, o banho e a tricotomia. No quadro 3, o qual descreve a condução da assistência de enfermagem no transoperatório, a SAEP não foi citada. Porém, o estudo de Azevêdo et al. (2012), traz alguns fatores que dificultam

esse processo ao afirmar que a assistência prestada ao paciente é prejudicada pela alta carga horária de trabalho e a falta de funcionários, pois sendo o Centro Cirúrgico uma unidade muito complexa, as funções do enfermeiro acabam transpondo da assistência para ações de gerenciamento.

O enfoque dos discursos nesse período se deu em torno do monitoramento multiparamétrico do paciente, o qual no ambiente cirúrgico é realizado através de aparelhos. Segundo Rodrigues, Lacerda, Leite, Graziano e Padilha (2012) a tecnologia que se aplica no período transoperatório é de suma importância para a segurança do paciente, bem como para o sucesso da cirurgia. Ainda que se mostre insuficiente para uma assistência integral e holística, o uso da tecnologia reflete no aspecto emocional, pois o paciente reconhecerá que suas necessidades especiais estão sendo atendidas. Entre as falas dos enfermeiros no quadro 4, o qual descreve a condução da assistência de enfermagem no pós-operatório, afirmaram dar orientações aos pacientes no pós-operatório. Segundo Inman, Maxson, Johnson, Myers, e Holland (2011); Razera e Braga (2011) neste período torna-se de grande importância a educação do paciente proporcionando-lhe o devido conhecimento para o autocuidado no domicílio, reduzindo desta forma o surgimento de complicações após a alta, e conseqüentemente, havendo melhora na recuperação, aumento da capacidade de autocuidado e da qualidade de vida.

É importante ressaltar que tanto nos discursos das categorias “Pré-operatório” e “Transoperatório”, quanto nos do “Pós-operatório” não foi citado o registro de enfermagem como uma atividade que precisa ser rotineiramente realizada. Esta conduta vai de encontro com o estudo de Azevêdo et al. (2012) que afirmam que os registros de enfermagem tornam-se fundamentais, pois fazem parte de todas as etapas e fortalecem a SAE. Além disso, geram uma assistência de qualidade e ainda servem como respaldo legal para os profissionais. A SAE também não foi citada. A análise das falas das subcategorias “Incompleto” dos três períodos (Pré, Trans e Pós-operatório), inferiu uma assistência mecanizada e rotineira, na qual somente há o cumprimento de rotinas da instituição, sem a preocupação com a qualidade da assistência prestada nem com a repercussão negativa que esta pode ter sobre os pacientes quando não é dada de forma integral e individualizada.

Os discursos do quadro 5 sobre assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica na subcategoria “Completo”, coincidem com os relatos científicos que afirmam ser a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) o local responsável pelo atendimento do pós-operatório imediato, que compreende o período entre a saída da sala operatória (SO) até a recuperação da consciência, eliminação de anestésicos e estabilização dos sinais vitais (Lourenço, Peniche & Costa, 2013).

No quadro 6 sobre assistência de enfermagem no pós-operatório mediato as falas da subcategoria “Completo” estão em conformidade com a literatura, pois segundo Ribeiro, Silveira, Benetti, Gomes e Stumm (2015), pela complexidade dos cuidados solicitados por indivíduos do pós-operatório de cirurgia cardíaca em terapia intensiva, cujas condições de saúde sofrem mudanças constantes, necessitam de intervenções de enfermagem imediatas e precisas, e opta-se em identificar os diagnósticos de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca.

O quadro 7 sobre assistência de enfermagem no pós-operatório imediato, os discursos da subcategoria “Completo” corroboram a literatura, pois conforme Anastácio, Souza e Aquino (2014), os pacientes são conduzidos à unidade de Recuperação Pós-anestésica (RPA), na qual deverá permanecer até voltar a consciência, sem efeitos anestésicos e com os sinais vitais estáveis.

De acordo com o quadro 5, 6 e 7, sobre a subcategoria “Incompleto”, nas falas onde citam: “Verificando itens da sistematização, e necessidades do paciente”; de acordo com Ribeiro, Silveira, Benetti, Gomes e Stumm (2015), confirmam-se que os principais diagnósticos evidenciados são por alterações fisiológicas potenciais e reais no pós-operatório, que a equipe de Enfermagem deve reparar nas alterações hemodinâmicas e condições que promovam estabilidade do paciente. Portanto, a assistência de enfermagem é estabelecida de acordo com as necessidades dos pacientes, visando à manutenção do equilíbrio hemodinâmico e suas funções vitais e, variando de acordo com a fase do pós-operatório, se imediata, mediata ou tardia. Também se destacam as necessidades psicoemocionais que podem ser evidenciadas e influenciar desfavoravelmente na recuperação e, portanto precisam de intervenção. Os enfermeiros devem se empenhar na sistematização embasada no processo de enfermagem, pois assim conseguirão prestar uma assistência holística, individualizada e humanizada.

Através das subcategorias “Incompleto” nos quadros 5, 6 e 7, destacou-se a fala “Rotina estabelecida no protocolo existente no hospital”, a qual infere tratar-se de um profissional limitado às rotinas, regras e protocolos, sem uma visão holística das suas funções de líderes e detentores da assistência, provocando assim déficits na qualidade dos cuidados prestados. De acordo com os discursos das subcategorias “Desconhece” sobre a assistência de enfermagem na síndrome de Wolff-Parkinson-White nos quadros 5, 6 e 7, as autoras não identificaram em nenhuma produção científica relatos quanto ao fato e por esse motivo concordou-se ser um achado importante para a pesquisa visto que ainda não tenha subsídios deste assunto sendo divulgado.

CONCLUSÃO

Segundo os objetivos propostos, os resultados apontam que mais da metade dos sujeitos afirmaram desconhecer a SWPW, porém teoricamente apresentaram conhecimentos necessários para realizar a assistência de enfermagem perioperatória de acordo com as necessidades deste tipo de paciente. Entretanto, durante o período de coleta as autoras não puderam avaliar a qualidade desta assistência dada a raridade desta patologia e tendo em vista que não houve admissão ou transferência de pacientes para os serviços de saúde com a referida síndrome.

A pouca divulgação na literatura, a não observação dos diagnósticos médicos e a falta de atualização por parte destes profissionais podem ser motivos dos enfermeiros não conhecerem a SWPW, o que causa preocupação, pois se trata de profissionais que atuam na área cardiológica, portanto precisam estar capacitados sobre os diversos aspectos que envolvem a doença dos pacientes que estão sob seus cuidados. O presente estudo contribui no enriquecimento dos conhecimentos da enfermagem sobre a síndrome e vem melhorar cada vez mais a qualidade da assistência de enfermagem, refletindo assim, na qualidade de vida dos pacientes. Desta forma, sugere-se a necessidade de investimentos na educação continuada dos enfermeiros e sua equipe, bem como o desenvolvimento de estudos que se aprofundem sobre esta patologia e as fases da assistência.

REFERÊNCIAS

- Adamy, E. K., & Tosatti, M. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: Visão da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 2(2), 300-310.
- Anastácio, D. S., Souza, M. I. T. P. & Aquino, L. A. M. (2014). Humanização do cuidado à criança em unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev. SOBECC*, 19(3): 136-141.
- Atié, J., et al. (1990) Clinical and electrophysiologic characteristics of patients with antidromic circus movement tachycardia in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Am J Cardiol*, 66: 1082-91.
- Azevêdo, L. M. N., Oliveira, A. G., Malveira, F. A. S., Valença, C. N., Costa, E. O., & Germano, R. M. (2012). A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev RENE*, 13(1), 64-73.
- Bonow, R. O., Mann, D. L., Zipes, D. P., Libby, P. & Braunwald, E. (2012). Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. In: Specific Arrhythmias: Diagnosis and Treatment (Jeffrey Olgin, Douglas P. Zipes). *Philadelphia: Elsevier Saunders*, p. 785-836.
- Friedmann, A. A. (2014). Fibrilação atrial na síndrome de Wolff-Parkinson-White. *Diagn Tratamento*, 19(3):141-3.

- Garbelini, B. J. (2012). *Ablação por cateter versus tratamento farmacológico para pacientes com síndrome de Wolff-Parkinson-White: revisão sistemática*. Dissertação de mestrado – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo.
- Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*, 31(2), 83-91.
- Lourenço, M. B., Peniche, A. C. & Costa, A. L. (2013). Unidades de recuperação pós-anestésica de hospitais brasileiros: aspectos organizacionais e assistenciais. *Rev SOBECC*, 18(2): 25-32.
- Machado, M. & Silva, M. V. (2015). Alterações eletrocardiográficas benignas e patológicas em atletas. *Rev Port Cardiol*, 34(12): 753-770.
- Resolução nº. 466/12, de 12 de dezembro. *Diário Oficial da União nº 466/12*. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Bioética. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Ética e Pesquisa.
- Oliveira, M. A. D. (2012). *Síndrome Wolff-Parkinson-White*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Passos, A. P. P. (2012). O cuidado da enfermagem ao paciente cirúrgico frente ao ato anestésico. *Persp. Online: biol. & saúde*, 6(2), 14-19.
- Razera, A. P. R. & Braga, E. M. (2011). A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev Esc enferm USP*, 45(3), 632-7.
- Rebolo, A. L. S. (2014). *Síndrome Wolff-Parkinson-White*. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Ribeiro, C. P., Silveira, C. O., Benetti, E. R. R., Gomes, J. S. & Stumm, E. M. F. (2015). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Rene*, 16(2): 159-67.
- Rodrigues, R. T. F., Lacerda, R. A., Leite, R. B., Graziano, K. U., & Padilha, K. G. P. (2012). Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*, 46(Esp), 138-47.
- Silva, M. C. C. (2011). *Satisfação do doente cardíaco com os cuidados de enfermagem*. Mestrado em enfermagem médico cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Wolff, L., Parkinson, J. & White, P. D. (1930). Bundle-branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. *Am Heart J* 5: 685.