

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA CARDÍACA: do acordar da anestesia à extubação^a

Sueli da Cruz WERLANG^b
Karina AZZOLIN^c
Maria Antonieta MORAES^d
Emiliane Nogueira de SOUZA^e

RESUMO

A orientação pré-operatória representa uma ferramenta essencial para a comunicação do paciente após a cirurgia. Este estudo teve como objetivo avaliar a comunicação não verbal de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, desde o acordar da anestesia até o momento da extubação após ter recebido orientações pré-operatórias do enfermeiro. Trata-se de estudo quantitativo, com delineamento transversal realizado em um hospital de referência do estado do Rio Grande do Sul de março a julho de 2006. A coleta de dados foi realizada no pré e no pós-operatório. Foi aplicado um questionário para avaliar a comunicação não verbal após o despertar da sedação a uma amostra de 100 pacientes. A análise estatística incluiu os testes de Student, Wilcoxon e Mann Whitney. A maior parte dos pacientes respondeu satisfatoriamente às estratégias de comunicação não-verbal, conforme instruído na orientação pré-operatória. Assim, a comunicação não verbal, fundamentada pela orientação pré-operatória, contribuiu para um despertar mais tranquilo.

Descritores: Cirurgia torácica. Comunicação não verbal. Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

La orientación preoperatoria representa una herramienta esencial para la comunicación del paciente luego de la cirugía. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la comunicación no verbal de pacientes sometidos a cirugía cardíaca, desde el despertar de la anestesia hasta el momento de la extubación después de haber recibido orientaciones preoperatorias del enfermero. Es un estudio cuantitativo, con un delineamiento transversal realizado en un hospital de referencia del estado de Rio Grande do Sul, Brasil, de marzo a julio de 2006. La recolección de datos se realizó en el pre y en el postoperatorio. Se aplicó un cuestionario a una muestra de 100 pacientes para evaluar la comunicación no verbal luego del despertar del sedante. El análisis estadístico incluyó las pruebas de Student, Wilcoxon y Mann Whitney. La mayor parte de los pacientes respondió satisfactoriamente a las estrategias de comunicación no verbal, según había sido instruido en la orientación preoperatoria. De este modo, la comunicación no verbal fundamentada por la orientación preoperatoria, contribuyó a un despertar más tranquilo.

Descriptor: Cirugía torácica. Comunicación no verbal. Atención de enfermería.

Título: Comunicación no verbal del paciente sometido a cirugía cardíaca: desde el despertar de la anestesia hasta la extubación.

ABSTRACT

Preoperative orientation is an essential tool for patient's communication after surgery. This study had the objective of evaluating non-verbal communication of patients submitted to cardiac surgery from the time of awaking from anesthesia until extubation, after having received preoperative orientation by nurses. A quantitative cross-sectional study was developed in a reference hospital of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, from March to July 2006. Data were collected in the pre and post operative periods. A questionnaire to evaluate non-verbal communication on awaking from sedation was applied to a sample of 100 patients. Statistical analysis included Student, Wilcoxon, and Mann Whitney tests. Most of the patients responded satisfactorily to non-verbal communication strategies as instructed on the preoperative orientation. Thus, non-verbal communication based on preoperative orientation was helpful during the awaking period.

Descriptors: Thoracic surgery. Nonverbal communication. Nursing care.

Title: Non-verbal communication of patients submitted to heart surgery: from awaking after anesthesia to extubation.

^a Artigo apresentado em 2006 ao Curso de Pós-Graduação *Latu-Sensu* Enfermagem em Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC) para obtenção do Título de Enfermeira Especialista em Cardiologia.

^b Especialista em Enfermagem em Cardiologia. Enfermeira Assistencial do Centro de Terapia Intensiva Cardiológico do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia. Professora do Centro Universitário Metodista (IPA). Docente do Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* Enfermagem em Cardiologia do IC-FUC, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia. Docente do Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* Enfermagem em Cardiologia do IC-FUC, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia. Professora do Programa de Pós-Graduação *Latu Sensu* Enfermagem em Cardiologia do IC-FUC. Professora da Faculdade Fátima de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade nos países de primeiro mundo e assumem crescente importância nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. Com alta prevalência associada à longevidade da população, de acordo com a gravidade das manifestações clínicas, pode haver a indicação de um processo cirúrgico. A cirurgia cardíaca é realizada quando a expectativa de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico⁽²⁾.

Toda cirurgia cardíaca é considerada um procedimento de alta complexidade, na qual o paciente é submetido à anestesia geral e tem sua recuperação no centro de terapia intensiva (CTI), permanecendo por um período de aproximadamente 48 a 72 horas, quando apresentam uma evolução satisfatória e sem complicações⁽³⁾. Após a suspensão dos anestésicos, inicia-se um processo de recuperação do paciente, onde ele pode apresentar alterações cognitivas, ventilatórias e hemodinâmicas, causando uma dificuldade de comunicação e interação entre equipe e paciente. Complicações neurológicas apresentadas pelos pacientes acima de 60 anos, no pós-operatório de cirurgia cardíaca, são observadas em torno de 50% dos casos, o que está associado ao tempo de duração do procedimento, às comorbidades presentes e às drogas administradas⁽⁴⁾.

Considerando-se os fatos anteriormente descritos, salienta-se a necessidade de avaliação e orientação detalhada no pré-operatório por um enfermeiro treinado, para que o paciente possa interagir melhor no pós-operatório imediato. Observa-se que, em muitos casos, a falta de habilidade em lidar com essa situação causa angústia à equipe e aos pacientes por se constituir num obstáculo para efetivação da assistência prestada. Uma comunicação eficaz, através da orientação pré-operatória, instrumentaliza a comunicação não verbal no despertar do paciente até o momento da extubação, proporcionando a identificação das suas necessidades⁽⁵⁾.

A comunicação não verbal pode ser definida como toda a informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, ocorrendo na interação entre pessoa a pessoa⁽⁶⁾. A fundamentação da prática assistencial de enferma-

gem, na teoria humanística, é desvendar os medos e angústias sentidas no período pré e pós-operatório, juntamente com o paciente, ajudando de forma positiva, a minimizar a situação de estresse⁽⁷⁾. Uma metanálise realizada por enfermeiras australianas mostrou que pacientes que receberam informações no pré-operatório reduziram 1,5 dias de internação, bem como a educação no mesmo período teve efeito positivo para minimizar a ansiedade do paciente⁽⁸⁾. Nesse sentido, um estudo piloto está sendo realizado por enfermeiras européias com o objetivo de avaliar um manual de orientações pré-operatórias para pacientes que aguardam o procedimento cirúrgico em casa⁽⁹⁾, porém estudos mostram que há falhas na percepção da comunicação não verbal em nível consciente, denotando a necessidade de maior atenção e treinamento⁽¹⁰⁾.

Somado a isto a vivência como enfermeira assistencial, em ambiente intensivista cardiológico, observando situações de freqüentes sedações, prolongamento de ventilação mecânica e tempo de CTI, surgiu a necessidade de buscar resultados e cuidados que minimizassem estas situações em pacientes cirúrgicos. Diante desta realidade e motivadas pelo desejo de melhorar a assistência de enfermagem aos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, desenvolvemos este trabalho que teve por objetivo avaliar a comunicação não verbal do paciente no período pós-operatório imediato, desde o acordar da anestesia geral até extubação, após ter recebido as orientações pré-operatórias do profissional enfermeiro.

METODOLOGIA

Estudo com delineamento transversal, realizado em uma instituição hospitalar de referência da região do planalto médio do Rio Grande do Sul, com uma amostra de pacientes de ambos os sexos, idade ≥ 18 anos, que foram submetidos à cirurgia cardíaca no período de março a julho de 2006. Foram excluídos os pacientes que internaram uma hora antes da cirurgia cardíaca, portadores de mal de Parkinson e demais doenças neurológicas crônico-degenerativas, além daqueles que não aceitaram participar do estudo. Na referida instituição, todos os pacientes que internam para cirurgia cardíaca eletiva recebem orientações acerca do período peri-operatório na véspera da cirurgia. Dentre as orientações, fornecidas pelas enfermeiras da unidade de internação, estão aque-

las relacionadas à comunicação não verbal, ou seja, à necessidade de responder por meio de gestos, aperto de mãos, mobilização de membros e até com piscar de olhos como forma de interagir com os profissionais no período pós-operatório imediato.

Inicialmente, foi realizada a abordagem do paciente e o convite para participar da pesquisa, e então aplicado o teste Mini-mental⁽¹¹⁾ que avaliou a capacidade cognitiva do paciente, de acordo com os seguintes critérios: ≥ 27 pontos foi considerado normal, entre 24 e 27 pontos, considerado alterado e ≤ 23 pontos, considerou-se encefalopatia ou demência como preconiza o referido teste. Independentemente da pontuação no teste Mini-mental, todos os pacientes foram incluídos no estudo. Após esta fase, foi realizada a orientação pré-operatória, a qual está estabelecida como rotina na instituição.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: pré e pós-operatório. Foi elaborado um questionário para a identificação dos dados demográficos, bem como das comorbidades e o tipo de cirurgia – dados coletados no período pré-operatório. Também fazia parte desse mesmo questionário sete questões acerca do acordar (acorda calmo, demonstra entendimento, atende a comando verbal, responde sobre a dor, movimentação dos membros, aperta a mão quando solicitado, permanece calmo e colaborativo até a extubação), com possibilidades de respostas “sim”, “não” e “insatisfatória” – dados coletados no pós-operatório com o intuito de estabelecer comunicação não verbal imediatamente após a cirurgia. Também foi verificada a ocorrência de complicações no período pós-operatório imediato, entendida como eventos que não são esperados e acarretam em reintervenção cirúrgica ou instabilidade hemodinâmica. Para a coleta de dados após a cirurgia, foi definido pelos enfermeiros da equipe e pesquisadores, o nível 2 da escala de Ramsay⁽¹²⁾, como o momento de iniciar a avaliação da comunicação não verbal, período considerado desde o acordar da sedação até o momento da extubação. Esta avaliação foi realizada pelos enfermeiros da CTI, os quais receberam orientação para avaliação através das questões. Para análise da comunicação não verbal, as questões foram pontuadas com 2 (dois) pontos para as respostas “sim”, 1 (um) ponto para as respostas “insatisfatórias” e zero para as respostas “não”, com variação de zero a 14.

Na análise estatística, as variáveis categóricas foram expressas com os valores relativos (%) e as variáveis contínuas foram descritas com média e desvio padrão ou mediana e percentis 25-75, conforme os pressupostos paramétricos. As análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 12.0. As comparações de dados categóricos foram realizadas com o teste Qui-quadrado e as variáveis quantitativas foram analisadas com os testes t de Student, Wilcoxon e Mann Whittney.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição e todos os participantes foram incluídos no estudo após terem lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no período pré-operatório.

RESULTADOS

Foram incluídos 100 pacientes, 57% eram do sexo masculino, com idade média de $60,1 \pm 13$ anos. A comorbidade mais prevalente, associada à doença cardiovascular, foi a hipertensão arterial sistêmica em 67% da amostra. A maioria dos pacientes (53%) apresentou uma pontuação normal no teste mini-mental, sendo que 38% apresentaram-se na categoria de suspeito e 9% na categoria de demência. Os dados demográficos e as co-morbidades estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas de um grupo de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca (n= 100). Passo Fundo, RS, 2006.

Características	%
Idade*	60,17±13
Sexo masculino	57
Índice de Massa Corporal (Kg/cm ²)*	26±4,31
Ensino fundamental incompleto	80
Comorbidades	
Hipertensão Arterial Sistêmica	67
Tabagismo	34
Hipercolesterolemia	27
Depressão	22
Diabetes <i>Mellitus</i>	18
Acidente Vascular Encefálico	5
Hipotireoidismo	1
Insuficiência Renal	1
Pontuação do teste Mini-mental	
Normal	53
Suspeito	38
Demência	9

* Variáveis contínuas expressas como média \pm desvio padrão.

A cirurgia de revascularização do miocárdio ocorreu em 54% da amostra. Apenas 5% dos pacientes apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória como reintervenção por sangramento (2%), acidente vascular cerebral (1%), crise convulsiva (1%) e ruptura de aorta (1%), além de 1% ter evoluído para óbito. A maioria das cirurgias (91%) foi realizada com a utilização de circulação extracorpórea. Esses e outros dados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Características do peri-operatório de um grupo de indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca (n=100). Passo Fundo, RS, 2006.

Características	%
Tipo de cirurgia	
CRM	54
Troca valvar	31
CRM + troca valvar	7
Outras*	8
Duração da cirurgia (horas) [†]	4 (3,3-4,3)
Utilização de CEC	91
Tempo de CEC (horas) [†]	1,3 (1,1-1,5)
Tempo de entubação após acordar (horas) [†]	4,95 (2,7-13,8)
Período entre chegada no CTI e acordar (horas) [†]	3,16 (1,8-5,3)

* Aneurisma de aorta, Dissecção de aorta, Fechamento de Comunicação inter-atrial, Fechamento de Comunicação inter-ventricular.

[†] Variáveis contínuas expressas como mediana e percentis 25-75.

Legenda: CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio; CEC: circulação extra-corpórea; CTI: centro de terapia intensiva.

Quando à avaliação da comunicação não verbal foram avaliados 94 pacientes, em decorrência da exclusão dos pacientes que apresentaram complicações e permaneceram sedados ou óbito. Em relação às respostas dos pacientes avaliados, a maioria acordou calma (91%), atendia ao comando verbal (92%), demonstrou entendimento (92%), respondeu quando perguntado sobre a dor (92%), movimentou os membros solicitados (91%), apertou a mão (92%), permaneceu calma e colaborativa até a extubação (80%). Verificou-se que a maior parte desses pacientes (84%) respondeu satisfatoriamente às estratégias de comunicação não verbal, conforme instruído na orientação pré-operatória, perfazendo o total de 14 pontos no questionário, já 11,7% apresentaram treze pontos, 2,1% apresentaram 11 pontos e 2,1% zero.

Quando comparados os tempos de cirurgia e o de entubação após acordar, com a pontuação do questionário de avaliação da comunicação não verbal, não houve diferenças estatisticamente significativas. Os pacientes que apresentaram algum tipo de complicação obtiveram uma pontuação menor do questionário se comparados com os pacientes que não complicaram (11 [0-13,5] *versus* 14 [14-14]; $P < 0,01$). A amostra foi categorizada de acordo com a idade em idosos (≥ 60 anos) e não idosos (< 60 anos), 64% e 36% dos pacientes, respectivamente, para se verificar a presença de associação entre idade e as características clínicas e cirúrgicas. Houve associação estatisticamente significativa somente em relação ao tipo de cirurgia realizada: os pacientes idosos realizaram mais CRM do que os não idosos (41 *versus* 13; $P = 0,018$). Quanto à pontuação no teste Mini-mental e à pontuação obtida através da análise das respostas às questões de avaliação da comunicação não verbal, não houve associação. A maioria (8) do total de pacientes (9) que apresentaram uma pontuação menor que 23 no teste Mini-mental obteve uma pontuação igual ou maior a 13 no questionário de avaliação da comunicação não verbal.

DISCUSSÃO

A orientação pré-operatória, prestada pelo enfermeiro, acerca do procedimento cirúrgico, é uma ferramenta cada vez mais utilizada na preparação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Este momento educativo tem resultado em benefícios para o paciente, como esclarecimento de dúvidas, principalmente, quando se fornece as informações necessárias sobre possíveis situações que serão experienciadas, minimizando a ansiedade e obtendo uma participação ativa na sua reabilitação^(8,13).

Na instituição pesquisada, um dos tópicos abordados nesse processo tem sido a comunicação não verbal no pós-operatório, que influencia na interação enfermagem-paciente. De acordo com os resultados do nosso estudo, a maioria dos pacientes acordou bem, respondendo satisfatoriamente às questões elaboradas para avaliar a comunicação não verbal. Usualmente, os enfermeiros dão excessiva importância à comunicação verbal, em decorrência do despreparo e desinformação sobre a não verbal⁽¹⁰⁾, necessitando de familiarização e treinamento para uso desta ferramenta. Importante sa-

liantar que o paciente ao despertar do anestésico encontra-se entubado, com drenos, sondas, cateteres e aparelhos, que somados a agressão cirúrgica resultam em uma série de desconfortos, os quais podem ser minimizados com a adequada comunicação verbal e não verbal, tornando o paciente menos ansioso, evitando possível agitação psicomotora e, conseqüentemente, tornando-o cooperativo, melhorando a interação e a confiabilidade na relação enfermagem-paciente-família⁽¹⁴⁾. Outro estudo traz como resultado a falta de comunicação efetiva entre profissionais e pacientes, o que impede um relacionamento terapêutico adequado com a equipe. Frente a isso, os pacientes permanecem ansiosos e deprimidos durante toda a internação por falta de orientação quanto à cirurgia e ausência de apoio por parte da equipe de saúde⁽¹⁵⁾.

Em nosso estudo, a maioria dos pacientes tinha idade média de 60,1±13 anos. Sabe-se que, apesar dos avanços tecnológicos, no que se refere à cirurgia cardíaca, anestesia e cuidados da terapia intensiva, existe um aumento progressivo da morbidade e mortalidade pós-operatória nos paciente idosos, devido à redução da capacidade funcional dos vários sistemas e da associação com as comorbidades⁽⁴⁾. No entanto, observou-se, neste estudo, que não houve diferenças significativas entre os pacientes idosos e os mais jovens em relação à comunicação não verbal, apesar daqueles apresentarem um retardo mínimo em iniciar a comunicação não verbal.

A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial, a qual ocorreu em 67% da amostra. Sabe-se que a hipertensão arterial é considerada um dos mais importantes fatores de risco para doença arterial coronariana e que acomete 45% da população com mais de 50 anos no Brasil. Também se destacou o tabagismo, presente em 34% da amostra, pois este hábito está fortemente relacionado com a doença arterial coronariana⁽²⁾.

O mini-exame do estado mental foi utilizado para realizar uma avaliação prévia dos pacientes da amostra. Constatou-se que a maioria (53%) obteve um resultado satisfatório, respondendo adequadamente ao teste. Dados da literatura demonstram que a escolaridade é o principal fator que influencia o desempenho dos indivíduos na aplicação do teste Mini-mental⁽¹⁶⁾. Esse dado vai ao encontro dos achados em nosso estudo, onde os pacientes com escolaridade mais elevada responderam melhor ao teste, pois apresentaram um

maior entendimento das questões a serem avaliadas. Isso nos motivou a incluir todos os pacientes, independente do resultado do teste. Os pacientes que apresentaram alguma complicação no período pós-operatório obtiveram uma pontuação menor no questionário de comunicação não verbal. Esse fato pode ser atribuído à permanência de medicamentos sedativos por um maior período de tempo.

CONCLUSÕES

Nosso estudo demonstrou que a maioria dos pacientes seguiu as orientações fornecidas no pré-operatório, estabelecendo adequadamente a comunicação não verbal quando solicitada pelo enfermeiro no pós-operatório imediato. Acredita-se que a orientação pré-operatória tenha contribuído para um despertar mais tranqüilo.

Este estudo teve como limitação a falta de um grupo controle, o qual não receberia a orientação pré-operatória. No entanto, isso não foi possível devido à existência de uma rotina de orientação pré-operatória bem estabelecida na instituição, o que inviabilizou um estudo randomizado. Menciona-se, ainda, a não avaliação do uso de medicamentos para dor, dentre os quais destacam-se os analgésicos opióides, os quais podem interferir no despertar do paciente.

A ansiedade e o estresse manifestado pelo paciente ainda entubado, muitas vezes, são resolvidos com nova sedação anestésica, aumentando a permanência da entubação orotraqueal e a dependência da ventilação mecânica. Pacientes orientados pela equipe de saúde acordam mais calmos e colaborativos, demonstrando entendimento do que está vivenciando. Nesse contexto, o enfermeiro deve compreender as mensagens não verbais dos pacientes, com vistas a facilitar o processo de recuperação e melhorar a interação enfermagem-paciente-família, bem como preparar sua equipe para promover essa interação, refletindo a qualidade da assistência em um momento tão importante do processo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- 1 Ribeiro RA, Mello RG, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB, Lucchese AM, et al. Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: perspectiva pública e privada. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2005;85(1):3-8.

- 2 Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2003;11(2):199-206.
- 3 Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 4 Póvoa R. Avaliação clínica pré-operatória. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 5 Marin MJS, Oliveira R, Faria SAR. O enfermeiro na comunicação de pacientes sob intubação endotraqueal. Nursing 2006;8(98):908-12.
- 6 Silva MJP. Comunicação tem remédio. São Paulo: Loyola; 2002.
- 7 Medina RF, Beckes VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. Revista Brasileira de Enfermagem 2002;55(5):522-7.
- 8 Building MG. Knowledge retention from pre-operative patient information: evidence based practice information schuts for health professionals. Best Practice 2000;49(n esp):2-6.
- 9 Goodman H, Peters M, Matthews R, Geraghty A, Godden J, Schuldham C. A pilot study using a newly devised manual in a programme of education and support for patients waiting for coronary artery bypass surgery. European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2(1):27-37.
- 10 Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-mental state: a pratic method of grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research 1975;12(n esp):189-203.
- 11 Rocha RGA, David CM. Medicina intensiva. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
- 12 Baggio MA, Teixeira A, Portella MR. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. Revista Gaúcha de Enfermagem 2001;22(1):122-39.
- 13 Leon MD, Humeres DC. Pós-operatório de cirurgia cardíaca: desconfortos. Revista Paulista de Enfermagem 2005;23(4):208-13.
- 14 Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci HFP, Okamoto HI. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria 2003;61(3B):777-81.
- 15 Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2007;41(3):419-25.
- 16 Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Revista Brasileira de Enfermagem 2005;58(6):673-6.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Emiliane Nogueira de Souza
Rua Princesa Isabel, 370, Santana
90620-000, Porto Alegre, RS
E-mail: emiliane.enf@cardiologia.org.br

Recebido em: 31/10/2007
Aprovado em: 23/04/2008