

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

KÁTIA MARIA SILVA

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO
ATENDIMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO À
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA**

**PATOS DE MINAS
2013**

KÁTIA MARIA SILVA

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO
ATENDIMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO À
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA**

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do curso Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Betânia Eneida de Morais Silva

**PATOS DE MINAS
2013**

616.12 SILVA, Kátia Maria

S586e A equipe de enfermagem frente ao atendimento do paciente submetido à revascularização miocárdica/Kátia Maria Silva – Orientadora: Ms. Betânia Eneida de Moraes Silva. Patos de Minas: [s.n.], 2013.

19 p.

**Artigo de Graduação – Faculdade Patos de Minas
FPM**

Curso de Bacharel em Enfermagem

**1.Revascularização miocárdica 2.Fatores de risco
3.Complicações 4.Doenças coronarianas**

5.Assistência

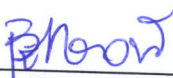
de enfermagem I.Kátia Maria Silva II. Título

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO ATENDIMENTO
DO PACIENTE SUBMETIDO À REVASCULARIZAÇÃO
MIOCÁRDICA**

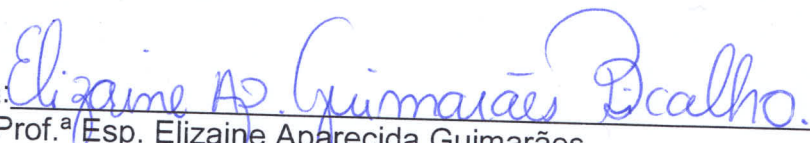
Artigo aprovado em 25 de 06 de 2013, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora:




Prof.ª MS. Betânia Eneida de Moraes Silva
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinadora:



Prof.ª Esp. Elizaine Aparecida Guimarães
Faculdade Cidade de Patos de Minas

Examinadora:



Prof.ª Ms. Laura Moreira de Souza Fonseca
Faculdade Cidade de Patos de Minas

A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO ATENDIMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Kátia Maria Silva*

Betânia Eneida de Moraes Silva**

RESUMO

No Brasil, as internações e óbitos por doenças cardiovasculares estão liderando as estatísticas, estes eventos são percebidos principalmente na faixa etária de 60 anos ou mais. A isquemia tem liderado como a maior causa de necessidade de intervenções como a revascularização do miocárdio. A técnica da cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM) tem progredido ao longo dos anos, pode-se associar este fenômeno ao aumento dos estudos na área de cirurgia cardíaca e constante especialização das equipes de saúde. Este estudo tem como objetivo, definir a revascularização do miocárdio, realizando uma enumeração dos principais fatores de risco associados às doenças coronarianas, identificando as principais complicações do pós-operatório de revascularização do miocárdio. Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, através de revisão da literatura. A busca do conteúdo aconteceu por meio de análise de livros, revistas científicas, dissertações, monografias referentes ao tema proposto e encontrados na base de dados da SCIELO, na biblioteca da Faculdade Patos de Minas. Desta forma, discute-se a assistência de enfermagem frente ao paciente submetido à revascularização miocárdica, e a necessidade da equipe em realizar um atendimento bem pautado aos pacientes. A importância dos enfermeiros, bem como de outros profissionais da saúde, é de se preocupar com a autoestima dos pacientes e também garantir cuidados efetivos.

Palavras-chave: Revascularização miocárdica. Fatores de risco. Complicações. Doenças coronarianas. Assistência de enfermagem.

* Graduando em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Katiasavia25@hotmail.com.

**Graduada em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública e da Família, Mestre em Promoção de saúde. Betâniamorais@hotmail.com.

ABSTRACT

In Brazil, hospitalizations and deaths from cardiovascular disease are leading the statistics, these events are perceived mainly in the age 60 years old. Ischemia has led to as the major cause of the need for interventions such as coronary artery bypass grafting. The technique of surgical myocardial revascularization (CABG) has progressed over the years; we can associate this phenomenon the increase studies in the field of cardiac surgery and constant specialization of health teams. This study aims to define myocardial revascularization, making a list of the principal risk factors associated with coronary heart disease, identifying the main complications of postoperative myocardial revascularization. This is a descriptive and qualitative in nature, through literature review. The search took place through content analysis of books, journals, dissertations, monographs concerning the proposed topic and found in the database of SCIELO, in the library of the Faculty Patos de Minas. So, we discuss the nursing care toward patients who underwent CABG, and the need for staff to carry out a well-guided care to patients. The importance of nurses and other health professionals is to worry about the self-esteem of patients and also ensure effective care.

Key-words: Myocardial revascularization. Risk factors. Complications. Coronary. Heart disease. Nursing assistance.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil as internações e óbitos por doenças cardiovasculares estão liderando as estatísticas, estes eventos são percebidos principalmente na faixa etária de 60 anos ou mais. Analisando a mortalidade por doença isquêmica do coração percebe-se uma variação entre as regiões do país (ALMEIDA et al., 2003).

A cirurgia de Revascularização do Miocárdio é uma técnica para tratamento de pacientes com isquemia cardíaca. Os principais objetivos do procedimento são prolongar a vida, melhorar a dor proveniente da angina e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. Em decorrência do procedimento, os pacientes apresentam alguns riscos frequentemente associados como: atelectasias, pneumonia e derrame pleural (DANTAS; AGUILLAR, 2001).

A ocorrência das cirurgias cardíacas está sendo associada diretamente com a idade do paciente, quanto maior a idade dos pacientes maior o número de cirurgias cardíacas. Diante deste fenômeno, pode-se observar que com o aumento da longevidade da população o número de procedimentos como a RM cresce de forma acelerada, necessita-se então de uma conduta adequada dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, visto que as complicações inerentes ao procedimento já são apresentadas pelo próprio processo de envelhecimento do organismo (LIMA et al., 2005).

Pacientes submetidos à Revascularização Miocárdica podem apresentar alterações decorrentes do procedimento operatório e necessitam de avaliação constante, o enfermeiro tem papel primordial na identificação e acompanhamento destas alterações (DANTAS; AGUILLAR, 2001).

Para Smeltzer e Bare (2005), o enfermeiro deve estabelecer as prioridades, avaliar e monitorar continuamente os pacientes, atender prontamente as famílias, supervisionar os profissionais de saúde que integram a equipe, além de orientar os pacientes juntamente com seus familiares.

Segundo a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) são recomendadas boas práticas de enfermagem elaboradas de forma sistemática, para auxiliar os profissionais sobre quais são os cuidados mais apropriados na circunstância específica do infarto agudo do miocárdio. Os principais objetivos dos profissionais de enfermagem são: padronizar e monitorar o cuidado prestado com melhoria no resultado assistencial, evitando a fragmentação da assistência; conhecer e monitorar sinais e sintomas do paciente, identificar eventuais dificuldades para aderência à sistematização; além de racionalizar o tempo para as ações executadas pela equipe de enfermagem (PENNA; BARROS, 2003).

A realização desta pesquisa de conclusão de curso teve como principal justificativa o conhecimento mais amplo do conteúdo para a pesquisadora, pois se trata de um tema bastante complexo. O assunto abordado nesta revisão da literatura é importante tanto para os profissionais da área, quanto para sociedade ter conhecimento do perfil dos pacientes com doenças coronárias. Pretende-se com esta revisão bibliográfica promover uma abordagem nas práticas da equipe de enfermagem, no atendimento frente ao pacientes submetido à revascularização miocárdica. As técnicas de revascularização corretamente efetivadas podem colaborar com a qualidade de vida, reduzindo o quadro de sofrimento e o número de

sequelas, além de salvar vidas. Efetiva-se a equipe de enfermagem em uma melhoria na assistência e juntamente observam-se os principais fatores de risco relacionados à doença coronariana e o reconhecimento das principais complicações no pós-operatório imediato destes pacientes.

Objetivou-se nesta revisão definir a revascularização do miocárdio, realizar uma enumeração dos principais fatores de risco associados às doenças coronarianas e ainda identificar as principais complicações que podem surgir no pós-operatório de revascularização do miocárdio. Sendo assim a equipe de enfermagem realizará um atendimento ao paciente bem mais efetivo.

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, através de revisão da literatura. A busca do conteúdo aconteceu por meio de análise de livros, revistas científicas, dissertações, monografias referentes ao tema proposto e encontrados na base de dados da SCIELO, na biblioteca da Faculdade Patos de Minas e que tenham sido propostos preferencialmente entre os anos de 2000 a 2013. As palavras chaves utilizadas para a busca do conteúdo foram: Revascularização miocárdica, fatores de risco, complicações, doenças coronarianas e assistência de enfermagem.

2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O coração é um órgão muscular oco, localiza-se no centro da região torácica, sobre o diafragma, ocupando o espaço entre os pulmões. Sua principal função é bombear o sangue até os tecidos, assim supri-los de oxigênio e também de nutrientes, faz ao mesmo tempo a retirada de dióxido de carbono, dentre outros produtos da degradação metabólica. Existem duas bombas no interior desse órgão, localizadas nos lados direito e esquerdo do coração. O volume projetado pelo coração direito distribui-se totalmente para os pulmões pela artéria pulmonar, enquanto que o sangue projetado pelo coração esquerdo dá continuidade para o restante do corpo mediante a artéria aorta (SMELTZER; BARE, 2002).

O coração é constituído, na realidade, por duas bombas distintas: o coração direito, que bombeia o sangue pelos pulmões, e o coração esquerdo, que bombeia o sangue pelos órgãos periféricos. Cada um desses corações distintos, por sua vez, é uma bomba pulsátil de duas câmaras composta de um átrio e um ventrículo. O átrio funciona principalmente como reservatório de sangue e como via de entrada para o ventrículo, mas também bombeia fracamente para ajudar a levar o sangue até o ventrículo. O ventrículo, por sua vez, é a principal fonte da força que impulsiona o sangue pela circulação pulmonar ou pela circulação periférica (GUYTON, 1992, p. 88).

Para Moore et al. (2000) o coração é abastecido pelas artérias coronárias direita e esquerda. Ambas são ramos da aorta descendente e dão ramos para os átrios e ventrículos, passando no suco aórtico direito e esquerdo, localizados na origem da aorta ascendente. As artérias coronárias não tem linha de separação entre a distribuição ventricular das artérias coronárias. Cessando a aorta descendente, as artérias passam anteriormente, uma de cada lado, da raiz do tronco pulmonar. Ambas as artérias fornecem pequenas artérias para a aorta ascendente, acontecendo assim o suprimento arterial do coração.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) as artérias coronárias são os vasos que abastecem de sangue o músculo cardíaco, que requer contribuição metabólica acentuada de oxigênio e nutrientes. É utilizado aproximadamente 70 a 80% do oxigênio liberado da artéria coronária para o coração, sendo que os outros órgãos utilizam, em média, um quarto do oxigênio fornecido.

3 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

No Brasil, no ano de 2005, foram registrados cerca de 937 óbitos por doenças isquêmicas do coração a cada 100.000 habitantes, o que gerou um percentual de 9,4% das causas de óbitos existentes no país (BRASIL, 2005).

O infarto agudo do miocárdio se caracteriza pela interrupção ou diminuição do fluxo de sangue para o coração, levando a uma redução da quantidade de oxigênio que chega ao músculo cardíaco. Quando o músculo cardíaco não recebe oxigênio adequado ocorre uma lesão e dependendo da extensão pode levar a falência do coração (ROBBINS, 2000).

Para Smeltzer e Bare (2005), o Infarto Agudo do Miocárdio é uma afecção isquêmica do miocárdio, acarreta necrose geralmente secundária à redução do fluxo sanguíneo coronário de um segmento do miocárdio.

A maioria dos infartos é causada pela trombose de uma artéria coronária sobre uma placa aterosclerótica. Abaixo de um determinado nível de fluxo sanguíneo para a musculatura cardíaca, surge um quadro isquêmico, quando esta isquemia se prolonga danos irreversíveis ocorrem, configurando uma área de infarto na musculatura cardíaca. A necrose ou morte da área do músculo cardíaco é produzida por uma redução prolongada da irrigação sanguínea, em consequência do estreitamento ou da oclusão da artéria coronária que supre de sangue determinada região do coração, sendo esta condição causada pela falta de oxigênio. A causa mais frequente é a morte súbita (50% das mortes ocorrem nas primeiras horas), muitas vítimas poderiam ser salvas com medidas prontas e, relativamente, fáceis (manobra de ressuscitação cardiopulmonar - RCP), por isso a importância de identificar precocemente o IAM (BORTOLOTTI, 2008).

Os pacientes mais acometidos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são os homens, dentre os principais aspectos mais encontrados, suscetíveis à doença, pode-se citar os pacientes acima do peso, com pressão arterial elevada, aqueles não praticantes de atividade física e que apresentam antecedentes familiares de doenças cardiovasculares (BASTOS et al., 2012).

Para Gouveia, Victor e Lima (2011) a orientação é uma das formas mais relevantes à acessão a saúde. Quando se conhece as manifestações da doença, o paciente pode ajudar na tradução dos sintomas e na percepção de qual comportamento irá tomar frente ao IAM. Assim é importante realizar campanhas, movimentos, palestras educativas para esclarecer e abranger a sintomatologia do IAM.

4 DOENÇAS ARTERIAIS CRÔNICAS

A doença arterial crônica (DAC) especificamente, é um acúmulo de placa de ateroma, com conhecimento de aterosclerose, esse acúmulo se manifesta nas

artérias coronárias. Na DAC ocorre uma ausência e desequilíbrio de oxigênio, ocasionando uma inadequada perfusão do músculo cardíaco, conseqüentemente uma isquemia. As lesões são mais frequentes nas ramificações e nas bifurcações das artérias (TORRATI, 2009).

A incidência de doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos vem aumentando a cada ano, com 80% relacionadas à doença arterial coronariana, na qual, a maioria das vezes, a cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) se faz necessária. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 30% de todos os óbitos, sendo o infarto agudo do miocárdio sua principal causa (SASAKI et al., 2011).

As estrias gordurosas acontecem na camada íntima da parede arterial, assim os lipídios são depositados, desenvolvendo em continuidade através de fatores genéticos e ambientais, acontecendo uma resposta inflamatória. Os linfócitos T e os monócitos (macrófagos) introduzem e ingerem os lipídios, executando a ação e, posteriormente morrem. As células musculares lisas do vaso aumentam e formam uma capa fibrosa para o núcleo lipídico morto: ateroma ou placa (BRAUNWALD; ZIPES; LIBBY, 2003).

A doença coronariana distingue-se dentre as alterações crônicas. Assim constituem causas importantes de permanência de internações hospitalares mais demoradas, percebe-se que há uma necessidade de instituir estratégias de prática do auto-cuidado, minimizando os fatores de risco, diminuindo as complicações cardiovasculares pós-cirúrgica e melhorando a qualidade de vida e suas expectativas (LIMA et al., 2010).

4.1 Revascularização do Miocárdio

A Revascularização do miocárdio é um tratamento cirúrgico tornado útil na correção na melhoria da isquemia miocárdica provocada por uma obstrução das artérias coronárias, assim retarda a angina no peito, a qualidade de vida tem grande melhora, e previne o infarto agudo do miocárdio. Na prática do procedimento ocorre um enxerto em um vaso sanguíneo de outra parte do corpo, onde o vaso sanguíneo

está ocluído, e o retorno de sangue fluirá ao redor da oclusão da artéria (LANDI, 2008).

Segundo Fernandes, Gaiotto e Fernandes (2008) o miocárdio é um músculo de grande procura de oxigênio e nutrientes, assim as artérias coronárias respondem por esse provimento. Há alta reserva coronariana para irrigar o miocárdio. Portanto quando acontecem as obstruções, a ausência de sangue poderá ser reparada com cirurgia cardíaca, onde o sangue é transportado para a parte que ocorreu a isquemia mediante um ducto.

No ano de 1945 Vineberg sugeriu a revascularização do miocárdio de forma indireta: introduzindo a artéria torácica interna esquerda no miocárdio isquêmico. Inicialmente foram bastante questionados os resultados, pois os pesquisadores tinham dificuldade em mostrar seu desempenho, a angiografia (procedimento de visualização dos vasos sanguíneos que, perante a injeção de contraste e da utilização de raios-X, para detectar as obstruções coronarianas) não havia disponibilidade no mercado (ZOCRATO; MACHADO, 2008).

Acrescenta que no ano de 1967, René Favaloro, cirurgião argentino que se especializava na Cleveland Clinic, instilou a utilizar a veia safena em uma anastomose direta no sistema coronariano. Juntamente, na Rússia, Kolesov executava as primeiras anastomoses de artéria torácica interna esquerda com ramificações nas artérias coronárias interventriculares anteriores. Em sequência o Prof. DR. Adib Janete foi descobridor da cirurgia de revascularização do miocárdio no Brasil, desde então essa técnica vem sendo realizada em grande proporção nos pacientes deste país (FERNANDES; GAIOTTO; FERNANDES, 2008).

De acordo com Landi (2008) as artérias coronárias a serem desviadas precisam exibir uma oclusão de 70% (50% quando é artéria coronária esquerda). Se o bloqueio envolver menos de 70% da artéria, ainda terá quantidade suficiente de sangue para passar através da artéria bloqueada, evitando o fluxo sanguíneo adequado para o enxerto, podendo o enxerto coagular e prejudicar a cirurgia.

A revascularização do miocárdio acontece sobre efeito de anestesia geral, onde o paciente perde a percepção e o sentido por algumas horas, sendo assim se faz necessário uma entubação orotraqueal, dando continuidade, o cirurgião faz uma esternotomia mediana, uma incisão para visualização do miocárdio e artérias em obstrução. E em decorrência um vaso sanguíneo de outra parte do corpo: Veia safena, artéria mamária interna esquerda, artéria radial, artéria epigástrica inferior,

artéria gastroépiploica direita, é enxertada distal na lesão da artéria coronária, afastando-se a obstrução, prosseguindo é realizado o fechamento da incisão e o paciente é encaminhado para Unidade de terapia Intensiva (ZOCRATO; MACHADO, 2008).

Na Revascularização do Miocárdio os pacientes no pós-operatório imediato são levados a Unidade de Terapia Intensiva, e ficam até conseguir uma recuperação adequada, o que acontece em geral dentro de 40 horas. Estando na UTI o paciente fica entubado, em monitorização, com drenos, em repouso absoluto no leito, impedindo sua contactuação de fala e recebendo o mínimo de visitantes, esses elementos geram pouca aceitação, agitação, impaciência, e grande insegurança. Tendo em vista que alguns deles aceitam a sua estadia na UTI com mais facilidade, faz-se necessário discutir tais diferenças (TORRATI, 2009).

4.2 Circulação extra-corpórea

Com o emprego da circulação extra-corporéa, o cirurgião pode trabalhar com o coração parado. Para isso acontecer será realizada uma substituição em todo o corpo das funções de bombeamento e de oxigenação sanguínea por bombas de sangue que poderá ser de rolete ou centrífugas, e para a oxigenação os mais utilizados são os de membrana. No tratamento das doenças intra-cavitárias, ressaltando as valvopatias e as cardiopatias congênitas, a utilização da circulação extra-corpórea nesse grupo é quase fundamental. Na revascularização do miocárdio há possibilidades do não uso da circulação extra-corpórea (FERNANDES; GAIOTTO; FERNANDES. 2008).

4.3 Revascularização do miocárdio sem circulação extra-corpórea

A circulação extra-corpórea tem efeitos prejudiciais importantes, dentre eles

Pode-se citar: a coagulopatia e as disfunções transitórias dos pulmões, dos rins e do sistema nervoso central. Com o avanço foram desenvolvidos equipamentos que são utilizados para confecções de suturas com o coração em funcionamento normal, permitindo a revascularização sem circulação extra-corpórea. Podem ser realizados as manobras de visualização do coração e os recursos anestésicos adequados, os vasos podem ser vistos com o coração batendo. A cirurgia pode ser realizada de maneira segura e sem os agravos da circulação extra-corpórea. Aborda ainda que a permanência do paciente será reduzida na Unidade de Terapia Intensiva, como também no âmbito hospitalar, acarretando em uma diminuição dos custos do procedimento (DALLAN; JANETE, 2013).

Em idosos e portadores de DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica) portadores de insuficiência renal, disfunções neurológicas, de neoplasias e os que não podem receber hemotransfusão, são os mais beneficiados da revascularização sem a circulação extra-corpórea. Portanto além das vantagens muitos pacientes não podem ser operados dessa maneira. Corações em grande aumento, e o sistema coronariano acometido por doenças difusas e obstruções que causam instabilidade hemodinâmica são, dentre outros, fatores que impossibilitam realização da técnica (FERNANDES; GAIOTTO; FERNANDES ., 2008).

4.4 Revascularização Transmiocárdica Percutânea (PTMR)

O cateterismo cardíaco é um procedimento invasivo utilizado para avaliação, diagnóstico e controle de pacientes com doença cardíaca. Tem como indicação confirmar ou definir a extensão da cardiopatia, determinar a gravidade da doença, bem como analisar a presença ou ausência de condições relacionadas (MANZANO, 2008).

Na realização de cateterismo cardíaco, se coloca um cateter fibrótico onde ele é conduzido até o ventrículo esquerdo, se faz muito pela artéria femoral até a área isquêmica do coração, produzindo assim um feixe de laser pelo canal (cada procedimento de 20 a 40) queimando dentro do miocárdio, mais não o para. De maneira que o sangue passa dentro dos canais diminuindo a isquemia. Em semanas

ou meses os canais fecham, acontece a formação de novos vasos sanguíneos (em decorrência ao processo inflamatório com a queima do laser) de maneira a diminuir os sintomas da isquemia cardíaca (SMELTZER, BARE, 2002).

4.5 Fatores de Risco

Segundo Grinberg et al. (2009) a co-morbidade corresponde a um tempo maior de internação e risco de óbito. Acrescenta que a presença de insuficiência renal, diabetes e reoperação aumenta o risco de óbito, mais não influi no tempo da internação hospitalar. Os fatores de risco, mais encontrados para uma maior permanência do paciente na internação hospitalar são: fibrilação atrial, dislipidemia, tabagismo, endocardite, dentre outros.

Em estudos foram mostrados que o tabagismo, a dislipidemia, a pressão arterial elevada, o Diabetes Mellitus (DM), a gordura visceral, fatores psicossociais, o etilismo, e a não ingestão de frutas e verduras, ocasiona 90% do risco para o IAM. Inclui-se ainda que os fatores de risco como a falta de exercício físico, conseqüentemente a pressão arterial elevada são os que mais prevalecem. Observa-se que a escolaridade, renda mensal, idade, estado civil, e também o número de procedimentos cardíacos realizados, estão dentre os fatores de risco mais significativos (FEIJÓ et al ., 2009).

A infecção de vias pulmonares acomete a maior parte dos pacientes em pós-operatório de RM, e juntamente vem as infecções do trato urinário, e das incisões cirúrgicas, ocasionadas quando associada com Diabetes Mellitus (LEDUR et al., 2011).

Além disso, alguns autores relatam que o medo, apreensão e a insegurança são sentimentos presentes na maioria dos pacientes, e isto pode interferir negativamente na realização do procedimento, sendo estes mais propensos a complicações (MANZANO, 2008).

4.6 Complicações

As cirurgias cardíacas de maior porte são a revascularização do miocárdio e as trocas valvares. Os pacientes quando submetidos à cirurgia cardíaca, são realizados uma bateria de exames e testes pré-operatórios, diminuindo com isso as complicações existentes. Para os pacientes submetidos a esse procedimento, principalmente com a utilização da circulação extra-corpórea (CEC), é indicado um preparo hemodinâmico e psicológico, pois o procedimento gera grandes morbidades que estão implicadas nas complicações (LANDI, 2008).

Pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio (RM) podem apresentar algumas intercorrências, muitos precisam novamente de ventilação mecânica, desencadeando vários problemas posteriores, complicações pulmonares, hemorragias, débito cardíaco diminuído e chegam a precisar de uma nova conduta cirúrgica (MILANI et al., 2012).

A permanência aumentada do paciente em ventilação mecânica está direcionada a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e aos que não realizaram um preparo para cirurgia cardíaca, como os que não ficaram sem fumar no mínimo quatro semanas antes do procedimento, estes sua oxigenação é de grande dificuldade. Os fatores de maior incidência de complicações no pós-operatório, é a mediastinite que é uma das mais graves complicações, acontece quando a incisão cirúrgica é contaminada. Define-se a mediastinite como uma infecção dos tecidos profundos da incisão cirúrgica, associado com a osteomielite de esterno, pode-se também comprometer o espaço retroesternal, os fatores identificados com maior prevalência para a mediastinite são peso elevado, o DPOC e o DM (GUARAGNA et al., 2004).

Para Magalhães et al. (2012) as infecções hospitalares são fatores direcionados ao paciente e aos procedimentos, e a equipe de saúde predispõe papel fundamental na prevenção destas no ambiente hospitalar. No que diz respeito à enfermagem, esta deve realizar treinamentos, palestras, educação continuada, para melhoria da qualidade assistencial.

Com avanço das tecnologias de assistência hospitalar, surgiram as primeiras comissões de controle a Infecção Hospitalar (CCIH). Em 1997, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a lei 9431/97, que tornou obrigatório a presença de comissões de controle de Infecção Hospitalar e programas de controle destas, em todos os hospitais, independente da complexidade do atendimento prestado. No ano seguinte, a portaria 2616/98, do Ministério da Saúde tornou obrigatória a presença

do enfermeiro, na equipe de profissionais que compõem a comissão de controle de infecção hospitalar, citar-se este uma complicação que agrava excessivamente o quadro clínico do paciente (MAGALHÃES et al., 2012).

5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Presencia-se o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população, pode-se verificar essa transição no IBGE (2010).

Este processo desafia os profissionais da saúde a buscar novas formas de requalificar a assistência e ampliar o olhar sobre os serviços de saúde. O envelhecimento da população está ocasionando o aumento pela procura dos serviços de saúde, os usuários mais idosos possuem uma recuperação mais lenta devido aos fatores decorrente da fragilidade dos pacientes, o que pode levar a maiores complicações e um tempo maior de permanência nos sistemas de saúde (DEBETIO, 2012).

A assistência de enfermagem dos pacientes na ocorrência das primeiras horas após a cirurgia de RM designa o cuidado integral e continuado para a recuperação dos efeitos da anestesia, dando continuidade à avaliação do estado fisiológico do paciente, o tratamento da dor e o monitoramento das complicações decorrentes no pós-operatório (SMETZER; BARE, 2005).

No pós-operatório de RM, a assistência de enfermagem consiste em restaurar o equilíbrio homeostático, prevenindo complicações. O profissional enfermeiro na unidade pós-operatória procede em uma avaliação inicial em sua admissão. Incluem-se nesta avaliação as condições neurológicas, manutenção dos acessos venosos e centrais, drenos, incisão cirúrgica, observação dos sinais de dor, e assegurando conforto ao paciente (MAIA; SADE, 2012).

Os profissionais de enfermagem tem o compromisso de realizar uma assistência planejada, embasado em conhecimento técnico científico especializado. Assim promove condições de um cuidado de enfermagem humanizado, seguro e de qualidade, desta forma, a recuperação do paciente submetido à RM ficará livre de complicações (DANTAS; AGUILAR, 2001).

O papel do enfermeiro que atua no cuidado aos pacientes cardíacos envolve em primeiro lugar preservar sua vida, evitando complicações e lhe atribuindo maior capacidade física, mental e emocional (DEBETIO, 2012).

Manzano (2008) relata que o cuidado humanizado e integral ao paciente com complicações cardíacas, deve ser pautado por considerações quanto aos aspectos biopsicossociais, como: oxigenação, hidratação, eliminação, sono e repouso, integridade cutâneo-mucosa, regulação, ambiente e as necessidades de aceitação, autoestima e participação, de forma a respeitar seu direito como ser humano, pautando suas ações pelos princípios da bioética.

A equipe de saúde tem papel primordial na assistência ao paciente com doenças coronarianas, por isso o interesse pela área cardiológica é extenso. As doenças cardiovasculares são consideradas contemporâneas, com grandes índices de mortalidade, e suas causas estão ligadas ao formato de vida na atualidade, sendo possível haver mudança, amenizando os agravos destas (DEBETIO, 2012).

A importância dos enfermeiros, bem como de outros profissionais da saúde, é se preocupar com a auto-estima nos cuidados. Nas doenças arteriais coronarianas, os doentes e seus familiares deverão compreender o significado da enfermidade, acostumar a conviver com esta, e aceitar seus ganhos e perdas, em frente às suas decisões (MANZANO 2008).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), o enfermeiro estabelece suas prioridades, avalia e monitora continuamente os pacientes, atende as famílias, supervisiona os profissionais de saúde aliados, e orientam os pacientes, juntamente com seus familiares, os cuidados e as orientações a serem seguidas no ambiente emergencial com tempo limitado.

Fernandes e Silva (2011) acrescentam que é atribuição da equipe de saúde, perceber as dificuldades ocorridas no pós-operatório, como dispnéia, inquietações, náuseas, incapacidade de urinar, alterações do nível de consciência, e cuidar de tais sintomas para não agravar o quadro do paciente, dando assim uma assistência de qualidade e garantindo a eficiência do atendimento prestado na Unidade de Terapia intensiva (UTI).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda nos dias atuais as complicações do aparelho cardiovascular são uma das principais fontes de ocorrência de internações, incapacidades e mortalidade na população brasileira, percebe-se associação direta com a idade e complicações decorrentes deste aparelho. A utilização da revascularização do miocárdio tem sido praticada de forma segura na ocorrência das doenças coronarianas, como a isquemia. A especialização, incluindo também treinamentos e interesse das equipes tem garantido cuidados para os pacientes submetidos ao procedimento. Trabalhar na prevenção dos agravos cardiovasculares deve ser prioridade para as equipes de saúde, visto que a RM melhora consideravelmente as condições do paciente, mais nem todos podem ser submetidos ao procedimento devido às condições como: aumento da massa cardíaca, sistema coronariano acometido por doenças difusas e obstruções que causam instabilidade hemodinâmica, dentre outros. A equipe de enfermagem tem papel primordial na assistência aos pacientes que foram submetidos à RM, enumerando os fatores de risco e ampliando uma visão quanto às complicações no pós-operatório. Atentar para uma visão ampliada, não apenas nos aspectos referentes ao procedimento, mais também para o bem estar físico, mental e biopsicossocial é fundamental para garantir cuidados efetivos e uma vida qualificável para os pacientes. Este trabalho pretende ser fonte de discussão para o assunto e que o mesmo seja meio de modificação de atitudes necessárias, percebe-se também a necessidade da saúde do homem ser amplamente trabalhada, pois os mesmos são vulneráveis comparados às mulheres nas questões das doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. F. et al. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações pré-operatórias graves em cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**, Belo horizonte MG, v.80, n.1, p.41-50, mai/jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n1/pt_14377.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2013.

BASTOS, A. S. et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovascular**. São José do Rio Preto, SP, v. 27, n. 3. p. 411-8, jul. 2012. Disponível em: <[http:// www .rbccv .org.br/pdfRBCCV/v27n3a12.pdf](http://www.rbccv.org.br/pdfRBCCV/v27n3a12.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BORTOLOTTI, F. **Manual do Socorrista**. 2. ed. Porto Alegre: Expansão, 2008. p. 225-230.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Portaria GM n. 2048. 3. ed. Brasília, DF, 2006. p. 49-241. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2012.

BRASIL. Sistema de Informação de Mortalidade. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Sala em Situação de Saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

BRANWALD, E.; ZIPES, D.P.; LIBBY, P. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 6. ed. v. 2. Roca. São Paulo: 2003.

SMELTZER, C.; BARE, B. Brunner e Suddart. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

DALLAN, L. A. O. JANETE, F. B. Revascularização Miocárdica no século XXI. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, São Paulo, v.28, n.1, p.137-44, set/out 2013. Disponível em: <<http://www.rbccv.org.br/pdfRBCCV/v28n1a17.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2013.

DANTAS, R. A. S.; AGUILAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio: O acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 9, p. 31-6. nov/dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7823.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

DEBETIO, M. G. A. **Percepção dos enfermeiros de uma Unidade Coronariana sobre os cuidados de enfermagem aos idosos Cardiopatas**. Dissertação Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 97 f. fev 2012. Disponível em:<<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/99309/30934.pdf?sequence=1>>. Acesso em 18 nov. 2012.

FERNANDES, R. A.; SILVA, J. A.; Cuidados de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato (POI) de troca de válvula mitral. Elaboração de um protocolo de atendimento. **Uningá Review**. v. 01, n. 08, p. 50-61, out 2011. Disponível em:

<<http://uningareview.com.br/adm/uploads/df1415cbf8462c19e2a0de2122688a36.pdf#page=50>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

FERNANDES, P. M. P et al. Estado atual da cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 92-8, abr/jun 2008. Disponível em: <[http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_153_87\(2\)%20-%2092-98.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_153_87(2)%20-%2092-98.pdf)>. Acesso em: 01 mai. 2013.

FEIJÓ, M. K. E. F. et al. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. **Rev. Gaúcha. Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 641-7, dez 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/f/v30n4/a09v30n4.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

GOUVEIA, V. A.; VICTOR, E. G.; LIMA, S. G. Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de Infarto Agudo do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 02, p. 7-14, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_04.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012,

GUARAGNA, J. C. et al. Preditores de Mediastinite em Cirurgia Cardíaca. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 165-70, set 2004. Disponível em: <<http://www.rbccv.org.br/pdf/RBCCV/v28n1a17.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GRINBERG, M. et al. Escore de Risco cirúrgico para cirurgia Valvar. **Arquivos Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 92, n.4, p. 320-325, ago 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v92n4/v92n4a12.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

GUYTON, A. C. M. D. **Tratado de Fisiologia Médica**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p. 88.

LANDI, L .V. P. **Configuração dos Sentidos subjetivos de Indivíduos idosos submetidos à cirurgia de Revascularização do Miocárdio no mundo pós-moderno**. Dissertação Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 199 f. dez 2008. Disponível em: <http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_leticia_landi.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.

LEDUR, P. et al. Preditores de infecção no pós-operatório de cirurgia de Revascularização Miocárdica. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc**, Porto Alegre (RS), v.26, n.2, p.190-6, jan 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v26n2/v26n2a08.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

LIMA, E.F.T. et al. Protocolo de consulta de Enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. Fortaleza, CE, **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 3. n. 18, p. 35-41. mai/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2013.

LIMA, R. et al. Revascularização Miocárdica em pacientes octogenários: Estudo retrospectivo e comparativo entre pacientes operados com e sem circulação extracorpórea. **Rev. Circ. Cardiovasc.** Recife.v.1, n.20, p. 8-13, fev 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v20n1/v20n1a06.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

MAIA, M. A. SADE, P. M. C. Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de Revascularização do Miocárdio. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, Curitiba, v.2, n.3, p. 18-31, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/53/6>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

MAGALHÃES, M. G. P. A. et al. Mediastinite pós cirúrgica em um hospital cardiológico de Recife: Contribuições para a assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 865-71, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/12.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

MANZANO, A. P. F. **Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia de Revascularização do Miocárdio: Proposta de um Protocolo em unidades Coronarianas**. Monografia Universidade do vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde. 86 f. Biguaçu, jul 2008. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Ana%20Paula%20Franco%20Manzano.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

MILANI, R. M. et al. Revascularização do miocárdio minimamente invasiva videoassistida. **Sociedade Bras. de cardiologia**. Curitiba/PR, jan. 2012. Disponível em: <<http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/dest-abc/resumo15.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

MOORE, K. L. **Anatomia para a Clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PENNA, S. T.; BARROS, A. G. V. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 67-69, dez, 2003. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=190>. Acesso em: 06 set. 2011.

ROBBINS, S. L. **Patologia Estrutural e Funcional**. 6. ed. Guanabara: Koogan, 2000.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 766- 776.

TORRATI, F.G. **Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas**. 2009. 110 f. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br>. Acesso em: 29. nov. 2012.

ZOCRATO, L. B. R. MACHADO, M. G. R. Fisioterapia Respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Bases da fisioterapia Respiratória**. Terapia Intensiva e Reabilitação, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2008, p. 338-362.

ZAZAKI, V. D. M. et al. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. Florianópolis. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 328-32. abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a15v20n2.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2012.