

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA

MARIA DO LIVRAMENTO NEVES SILVA  
EDIENNE ROSÂNGELA SARMENTO DINIZ  
JOSEFA VIEIRA DA SILVA  
ANA PAULA DANTAS SILVA MEDEIROS  
ARIADNE PEREIRA PEDROSA  
marialns2010@hotmail.com

As doenças cardiovasculares são apontadas como a principal causa de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Nos últimos anos têm ocorrido avanços tecnológicos que auxiliam no diagnóstico precoce e ajudam no acompanhamento destas doenças, no entanto, elas continuam apresentando incidência e prevalência altas, cursando com grande morbidade e mortalidade em todo o mundo (SOSA, 2009).

Para os problemas cardiovasculares existe a probabilidade de tratamento clínico e cirúrgico, sendo este último indicado quando a possibilidade de uma melhora na qualidade de vida supera a terapêutica clínica (ROCHA, 2006).

A maior parte das cirurgias cardíacas tem potencial para alterar o curso natural da doença em andamento, mudando ou melhorando as alterações que estão pondo em risco a vida do paciente, aliviando sintomas, aumentando tempo e qualidade de vida (BRAILE, GOMES, 2010).

Estudo realizado pelo InCor-HCFMUSP, relata que foram realizadas 71.305 cirurgias cardiovasculares entre 1987 e 2007, com uma média de 2.971 operações/ano e uma taxa média de mortalidade de 7% (LISBOA, et al., 2010). Segundo Braile e Gomes (2010), os resultados de mortalidade após cirurgia cardíaca nos hospitais do SUS no Brasil são mais elevados quando comparados com os dados de hospitais de referência em cirurgia cardiovascular dos Estados Unidos e Inglaterra, que apresentam uma média de 4% de mortalidade, podendo essa taxa variar de um hospital para o outro, de acordo com sua estrutura e também do perfil do paciente atendido.

A cirurgia cardíaca possibilita muitos benefícios para o paciente, mas requer um acompanhamento técnico e científico rigoroso na prevenção de complicações pela equipe multidisciplinar (NETTINA, 2003). Nesse contexto, discorre-se sobre a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato, voltada para as intervenções designadas a prevenir ou tratar complicações, promovendo uma rápida recuperação e reduzindo gastos, preocupações, dor e ainda aumentando a sobrevida dos pacientes (UMANN, et al., 2010).

Diante do contexto, fica o seguinte questionamento: como deve ser a assistência de enfermagem prestada aos pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca?

### Objetivos

**Geral:** conhecer a assistência de enfermagem prestada ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

**Específicos:** traçar o perfil clínico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca; investigar a presença e/ou ausência dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis na vida dos cardiopatas; averiguar os tipos de cirurgias que são mais realizadas; descrever a assistência prestada aos pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de campo, com abordagem quantitativa. Este foi realizado na Unidade Cardiológica de um Hospital da rede privada da cidade de João Pessoa-PB. A população foi constituída por todos os pacientes internados neste serviço, compondo uma amostra de 9 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no período de outubro e novembro de 2011. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários dos pacientes, utilizando-se um questionário estruturado contendo questões abertas e fechadas. Posteriormente, estes foram analisados de forma a constituírem um banco de dados, que foram tratados estatisticamente através do software SPSS, versão 19.0. A descrição foi apresentada por meio de frequência absoluta e percentual, sendo os resultados apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ensino Superior da Paraíba (IESP) sob o N° 011/2011, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão:

Durante o período da pesquisa, nove pacientes cardiopatas foram submetidos à cirurgia na instituição pesquisada, conforme caracterização a seguir:

**Tabela 1** – Caracterização da amostra. João Pessoa/PB, 2011.

Variáveis	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	04	44,5
Feminino	05	55,5
<b>Faixa etária</b>		
41 a 50 anos	01	11,2
> de 60 anos	08	88,8
<b>Estado civil</b>		
Casado (a)	06	66,7
Viúvo (a)	02	22,2
Vive com companheiro (a)	01	11,1
<b>Raça</b>		
Branca	06	66,7
Parda	03	33,3
<b>Profissão</b>		
Aposentado (a)	06	66,7
Dentista	01	11,1
Outras	02	22,2
<b>Condições de alta</b>		
Alta da UTI	09	100
Óbito	00	00
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: dados empíricos da própria pesquisa, HMSF, 2011.

Conforme descrito na tabela 1, as mulheres compuseram a maioria da amostra contradizendo outros estudos, que enfatizam a presença desses agravos predominantemente no sexo masculino, pelo explicável fato de as mulheres estarem “protegidas” pela ação hormonal até a iniciação da menopausa (ROTHROCK, 2007). Uma pesquisa sobre o perfil dos

pacientes submetidos à revascularização do miocárdio realizada em São Paulo /SP identificou que 60% dos participantes eram do sexo masculino (CAMPAGNUCCI, et al., 2008).

Em relação à idade, 88,8% eram maiores de 60 anos e apenas 11,2% categorizavam-se na faixa entre 41 a 50 anos. Para Morton e Fontaine (2011), o envelhecimento aumenta a incidência de todos os tipos de doença aterosclerótica, sendo que 83% das pessoas que morrem por cardiopatia coronária têm idade igual ou superior a 65 anos.

Na categoria raça, os brancos predominaram com 66,7% dos acometidos, revelando-se, também, contraditório a outras pesquisas que mencionam a raça afrodescendente com maior número de portadores de doenças cardiovasculares (MORTON; FONTAINE, 2011).

**Tabela 2** – Fatores de risco identificados nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. João Pessoa/PB, 2011.

Variáveis	n	%
Tabagismo	05	55,5
Sedentarismo	05	55,5
Antecedentes familiares	06	66,7
Antec. Cirúrgicos Cardíacos	03	33,3
Álcool	02	22,2
Obesidade	01	11,1

Concernente aos fatores de risco, o mais prevalente entre os pacientes foi o item *antecedentes familiares*, com 66,7%, seguido do sedentarismo e tabagismo com 55,5% cada. Morton e Fontaine (2011) mencionam que existem os fatores de risco incontroláveis (idade, hereditariedade, raça, sexo) e os modificáveis (tabagismo, colesterol, hipertensão, sedentarismo, obesidade e diabete melito) e ainda trazem os fatores de risco contribuintes que são o estresse, ingesta excessiva de álcool e a síndrome metabólica. Para Schneider (2008), o fumo, o consumo de alimentos nocivos e de bebidas alcoólicas, o sedentarismo e o estresse social compõem os principais fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares. Este revelou que entre os nove participantes apenas um não apresentava algum fator de risco, o que reforça a necessidade de aumentar a atuação na atenção primária, focando a educação em saúde para prevenção desses futuros agravos.

**Tabela 3** – Doenças preexistentes identificadas nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. João Pessoa/PB, 2011.

Patologias	n	%
DM <sup>1</sup>	02	22,2
HAS <sup>2</sup>	02	22,2
ICO <sup>3</sup>	04	44,4
Doença congênita	01	11,2
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup>Diabetes Mellitus; <sup>2</sup>Hipertensão Arterial Sistêmica; <sup>3</sup>Insuficiência coronariana.

Os resultados evidenciam que a insuficiência coronariana foi a mais presente neste estudo com 44,4%, seguida de diabete melito e hipertensão arterial, com 22,2% para cada. Morton e Fontaine (2011) postulam que a prevenção e controle do diabete se faz extremamente importante, pois mesmo quando os níveis glicêmicos estão sob controle, ainda aumenta significativamente o risco para a cardiopatia e, quando não está controlada, este risco é ainda maior.

**Tabela 4** – Tipos de cirurgias realizadas. João Pessoa/PB, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
RM <sup>†</sup>	07	77,7
Valvuloplastia	01	11,1
Troca de valva aórtica	01	11,1
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

<sup>†</sup>Revascularização do Miocárdio

Entre os pacientes estudados, a RM foi a patologia com maior incidência, 77,7%, corroborando com outra pesquisa (GALDEANO, 2006) e com a afirmação de Gomes (2004), quando menciona que apesar dos avanços tecnológicos, da terapia farmacológica e das intervenções percutâneas a RM se constitui no tratamento padrão da doença coronária isquêmica em vários subgrupos de indivíduos.

Concernente à realização de intervenções cirúrgicas no pós-operatório, mostrou-se representativa, pois dois dos sujeitos necessitaram de uma segunda abordagem cirúrgica - drenagem pericárdica. Um estudo realizado em Goiânia/GO encontrou em um grupo de 21 pacientes, 02 casos de complicações pós-operatórias, ambos de origem cardíaca (FERREIRA; VIEGAS, 2004).

A equipe de enfermagem esteve envolvida em todos os procedimentos realizados no pós-operatório imediato, tais como, participação na admissão do paciente na UTI; verificação e registro dos sinais vitais; abertura e manipulação adequada das sondas e drenos; averiguar infusão de drogas, hidratação venosa; identificar cateteres vasculares; eletrocardiograma (ECG) de admissão; e registrar na folha de balanço hídrico todas as drogas infundidas e o volume inicial drenado nos drenos de tórax, mediastino, sonda nasogástrica e vesical. Após a realização de todos os procedimentos pertinentes à admissão e necessários à assistência segura do paciente, o enfermeiro deve realizar sua evolução baseado no exame físico que contempla desde o estado geral até a observação de sangramento nos drenos, que é a complicação de maior importância, devendo ser comunicada se o fluxo de sangramento for maior que 150 ml/h (SMELTZER; BARE, 2005; POSSARI, 2007).

## **Conclusão**

Os achados revelam um grupo de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca predominantemente do gênero feminino, maiores de 60 anos, procedentes da capital paraibana, brancos, aposentados e que em sua totalidade obtiveram alta da UTI. A maioria tinha registro da presença de dois ou mais fatores de risco, assim como o mesmo número de doenças preexistentes, sendo a revascularização do miocárdio o procedimento mais realizado.

Em relação à assistência de enfermagem prestada no pós-operatório imediato, observou-se que contempla a realização de muitos procedimentos que requerem conhecimento, habilidade técnica, destreza e demandam muito tempo da equipe, no entanto, alguns desses procedimentos são subnotificados. Enfatiza-se a necessidade da enfermagem estar buscando conhecimentos e habilidades para fundamentar uma prática segura, identificando problemas, implementando assistência, priorizando atividades, realizando intervenções e contribuindo, assim, para redução de possíveis complicações.

## **Referências**

BRASIL, Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional Ética em Pesquisa. CONEP. Resolução nº 196/96. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**: Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

BRAILE, D. M.; GOMES W. J. Evolução da Cirurgia Cardiovascular. A Saga Brasileira. Uma História de Trabalho, Pioneirismo e Sucesso. **Editorial Arq Bras Cardiol** 2010; v. 94, n. 2. P. 151-152.

CAMPAGNUCCI, et. al., EuroSCORE e os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio na Santa Casa de São Paulo. **Rev Bras Cir Cardiovasc.** 2008, v. 23 n. 2, p. 262-267.

FERREIRA, L. B.; VIEGAS, M. O. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca no Hospital Santa Genoveva em Goiânia. Disponível em: [http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia\\_16.pdf](http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_16.pdf). Acesso em: 10/11/2011.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Esc. Paul. Enferm. USP.** 2006, v.40, n. 1, p. 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a03v40n1.pdf>. acesso em: 12/12/2011.

GOMES, W. J. **Tratamento cirúrgico da cardiopatia isquêmica.** In: STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A. C. editors. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: cardiologia. São Paulo: Manole; 2004.

LISBOA, et. al. Evolução da cirurgia cardiovascular no Instituto do Coração: análise de 71.305 operações **Arq. Bras. Cardiol.** vol. 94, n.2, São Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000200006). Acesso em: 18/11/2010.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem.** 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

POSSARI, J. F. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão.** 3ª. ed. São Paulo: Látria, 2007.

ROCHA, L. A. da; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. enferm.** vol. 59 n. 3, Brasília May/June 2006. disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300013&script=sci_arttext). Acesso em: 18/11/2010.

ROTHROCK, J. C. **Alexander Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.** 13ª ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2007.

SCHNEIDER, D. G. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 1, p. 81-9. Florianópolis, Jan-Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09>. Acesso em: 15/11/2011.

SOSA, E. et al. Arritmias Cardíacas. In: MARTINS, M. A. et al (org.) **Clínica Médica: Doenças Cardiovasculares**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

UMANN, et al. cuidado ao adulto submetido a cateterismo cardíaco: enfoque nas complicações.

Disponível em:

<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.131.pdf>. Acesso em 20 set. 2011.