

Frederico Alexandre Pereira de Amorim

Complicações pós-cirúrgicas na revascularização miocárdica: Visão do Enfermeiro

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de lima 2013

Frederico Alexandre Pereira de Amorim

Complicações pós-cirúrgicas na revascularização miocárdica: Visão do Enfermeiro

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Ponte de lima 2013

Frederico Alexandre Pereira de Amorim

Complicações pós-cirúrgicas na revascularização miocárdica: Visão do Enfermeiro

Nome do Aluno

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

SUMÁRIO

Uma das formas de tratamento da doença arterial coronária é a cirurgia de revascularização miocárdica. Esta, é considerada causadora de angústias e medos para o paciente que se submete a este procedimento e à sua família, uma vez que por ser um procedimento de alta complexidade pode tanto preservar a vida como também extingui-la. Além disso, esta cirurgia envolve um órgão repleto de simbolismos, mexe com a representação do centro da vida, o coração. Após o sucesso do ato cirúrgico, o paciente ainda lida com sinais psicológicos, sociais e físicos da cirurgia, distinguindo-o dos outros seres humanos. O seguinte estudo de revisão sistemática de literatura tem como objectivos conhecer as complicações pós-cirúrgicas em doentes submetidos a revascularização miocárdica assim como a importância que detêm os enfermeiros no acompanhamento perioperatório. Desta forma, procedeu-se à análise crítica extensiva de artigos científicos internacionais publicados em bases de dados de reconhecimento mundial entre 2000 e 2012. Como conclusões finais deste estudo, destaca-se a complexidade existente nos cuidados prestados ao doente revascularizado, muitas vezes centrado em modelos que visam apenas o tratamento dos sintomas físicos, ao invés da abordagem holística e preventiva onde os enfermeiros podem e devem atuar de forma decisiva.

O presente trabalho de investigação é elaborado no 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e tem como objetivo a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; revascularização miocárdica; complicações pós-cirúrgicas.

ABSTRACT

One of the treatments for coronary heart disease is myocardial revascularization surgery. This surgery is believed to be a source of anxiety and fear both for the patient and their family as it is a highly complex procedure that might preserve life but also end it. Moreover, this surgery involves an organ which is rich in symbolism as it represents the centre of life, the heart. After a successful surgical act a patient still deals with surgery-related psychological, social and physical signs which set them apart from other human beings. The following study of systematic literature review aims to find out about post-surgical complications in patients submitted to myocardial revascularization as well as the importance of nurses in perioperative care. Therefore one carried out extensive review of international scientific articles published in world-renowned databases between 2000 and 2012. As final conclusions of this study one should point out the complexity in the care regarding revascularized patients, which is often based on models which merely aim at the treatment of physical symptoms, instead of using a preventive and holistic approach where nurses can and should perform decisively.

This research work has been carried out in the 4th year of the Degree Course in Nursing by Fernando Pessoa University within the context of obtaining the degree of Graduate in Nursing.

Keywords: Perioperative nursing, myocardial revascularization; post-surgical complications.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a toda a minha família mas em especial à minha filha Francisca.

Os teus olhos são montanhas de força interior, o propósito da vida resume-se a 10kg de alegria e de esperança.

Pai

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma maneira influenciaram positivamente a realização deste trabalho, em particular para a docente Prof. Teresa Guerreiro pela disponibilidade de orientação numa fase já tardia e pelo rigor cultivado em todo o processo.

Agradeço igualmente à Universidade Fernando Pessoa e a todos seus funcionários pelo acompanhamento próximo e humano dos alunos, pela preocupação e consciência das dificuldades sentidas pelas famílias, pautando sempre em defesa do conhecimento e pela formação de qualidade.

A todos um muito obrigado!

ABREVIATURAS/SIGLAS

%-Porcentagem

4º-Quarto

AESOP-Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN- Association of Perioperative Registered Nurses

CABG- Coronary Artery Bypass Graft

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EC- Enfermedad Coronária

HDL- High-density Lipoprotein

ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva

LDL- Low-density Lipoprotein

p.- Página

PCI- Percutaneous coronary intervention

RM- Revascularização Miocárdica

TVR- Target Vessel Revascularization

0. INTRODUÇÃO.....	12
I. FASE CONCETUAL	15
1.1 Definição do tema.....	15
1.2 Problema de investigação	16
1.3 Pergunta de partida/ Questões de investigação.....	17
1.4 Objetivos de estudo	19
1.5 Revisão bibliográfica.....	20
1.5.1 Anatomía e fisiología cardíaca	20
1.5.2 Cardiopatia isquémica	21
1.5.3 Revascularização miocárdica	23
1.5.4 Atuação do enfermeiro perioperatório	28
1.6 Estudos de investigação relacionados com o tema.....	30
II. FASE METODOLÓGICA	40
2.1 Desenho de investigação	40
2.2 Tipo de estudo.....	40
III. FASE EMPÍRICA.....	41
3.1 Apresentação de resultados.....	41
3.2 Análise e discussão	50
IV. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma.

ÍNDICE DE QUADROSPág.

Quadro 1-Apresentação de estudos por autor, ano, título e resultados.....42

0-INTRODUÇÃO

Segundo Polit e Hungler (2007), a investigação em ciências da saúde tem implicado obrigatoriamente a um processo de busca contínua e sistemática de conhecimentos, assim como na confirmação da evidência de resultados dentro de cada área de intervenção. A prova desta evolução tem sido demonstrada pelos profissionais de saúde que cada vez mais detêm uma base sólida de conhecimentos científicos onde suportam a sua prática clínica.

Para Fortin (1999), de uma forma mais específica, enquadrada no mundo da enfermagem, refere que o domínio da investigação está estreitamente ligado com os pilares essenciais do enfermeiro que serão sempre, a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidar em enfermagem e as relações interpessoais.

De acordo com Dantas e Aguillar (2001), nos últimos 30 anos houve uma enorme evolução técnica e terapêutica no acompanhamento dos indivíduos portadores de doença coronária isquémica. A revascularização miocárdica é caracterizada como um tratamento altamente eficaz tendo como objetivos principais: prolongar a vida, promover alívio de dor de angina e melhorar a qualidade de vida. No entanto, seja qual for a natureza do tratamento é um processo delicado e complexo estando os pacientes sujeitos a variadíssimas complicações pós-cirúrgicas.

Neste sentido em concordância com o supra citado inicia-se o seguinte trabalho de pesquisa: “Complicações Pós-cirúrgicas na Revascularização Miocárdica: Visão do Enfermeiro”.

Carvalho et al. (2006) refere que as complicações pós-cirúrgicas no doente submetido a revascularização do miocárdio são uma realidade e como tal é necessário uma equipa de saúde altamente formada e especializada para lidar com todo tipo de situações. Especificamente, o mesmo autor evidencia o enfermeiro como elemento fundamental no acompanhamento destes doentes elogiando o seu papel.

Segundo Fortin (1999,p.26):

A variedade de modelos conceptuais no seio da disciplina permite o estudo dos fenómenos segundo diversas perspectivas, o que contribui para o desenvolvimento dos saberes e para o enriquecimento dos conhecimentos.

Deste modo e contextualizando a temática em estudo colocou-se a seguinte pergunta de partida: Que complicações pós-cirúrgicas surgem no paciente submetido a revascularização do miocárdio?

Para Martin et al. (2005, p.1) :

La revascularización coronaria es una intervención terapéutica plenamente consolidada y, por tanto, incluida en todas las estrategias de tratamiento de los pacientes con enfermedad coronária.

O objetivo geral deste estudo é conhecer complicações pós-cirúrgicas na revascularização do miocárdio, caracterizando paralelamente o contributo dos enfermeiros no processo perioperatório. A elaboração de pesquisa foi efectuada através de bibliografia nacional/internacional, dissertações de mestrado e maioritariamente artigos científicos de livre acesso publicados em bases de dados na internet como: Pubmed, Mendeley, Scielo, Google Scholar, Elsevier.

Para este tipo de estudo recorreu-se ao método exploratório-descritivo de revisão sistemática de literatura respeitando uma cronologia situada entre 2000 e 2012.

Como resultados deste estudo foi possível, ao autor, verificar que as complicações pós-cirúrgicas na revascularização miocárdica transcendem largamente a visão simplificada do tratamento da sintomatologia física, havendo uma forte componente biopsicossocial que não deve ser descurada. Compreendeu-se igualmente, o importante papel dos enfermeiros neste processo, identificando-se competências estruturais, organizacionais, relacionais e comunicativas que devem actuar no processo perioperatório. Surge assim,

a urgência de repensar a orientação dos cuidados a este tipo de pacientes, explorando novos métodos e novas abordagens.

O presente trabalho de investigação é elaborado no 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e tem como objetivo a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem

Para uma leitura ordenada, correta e de fácil compreensão este estudo de pesquisa foi ordenado da seguinte forma: Fase concetual; Fase metodológica, Fase empírica e conclusão.

I. FASE CONCETUAL

Fortin (2009,p.63) afirma que a fase concetual:

consiste num conjunto de actividades que levam à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objectivo, das questões ou das hipóteses. Reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma concepção clara e precisa do problema considerado.

1.1. Definição do tema e justificação

Antes de começar a revisão da literatura, deve-se ser capaz de demonstrar que vale a pena explorar o tema que se escolheu. Justificar a investigação, é demonstrar que ele corresponde às preocupações atuais, que pode ser útil para a prática profissional e contribuir para o avanço dos conhecimentos. (Fortin 2009, p. 80).

Carvalho (2008,p.511) refere:

O cuidado é a essência da enfermagem e assim sendo, o enfermeiro é a figura essencial nos processos de atenção à saúde. No contexto, o papel do enfermeiro pode-se tornar ainda mais relevante, quando este cuida de pacientes que se encontram em período operatório.

Para realização de este estudo o tema escolhido foi” Complicações pós-cirúrgicas na revascularização miocárdica: visão do enfermeiro”. As razões que levaram a abordar este tema foram principalmente devido à experiência do autor vivenciada numa mobilidade Erasmus em Madrid, onde realizou Ensinos clínicos no âmbito das unidades curriculares de 4ºano, Urgência e Emergência e Projeto de graduação/Integração à vida profissional.

Durante os ensinos clínicos realizados, foi facultada uma breve passagem por uma unidade de recobro onde teve contacto e a oportunidade de exercer cuidados diretos a pacientes pós-revascularizados. O papel do enfermeiro no acompanhamento de estes doentes é feito de uma forma eficiente, sistematizada, sistémica e controlada capaz de identificar precocemente complicações pós-cirúrgicas que podem vir a surgir. No

entanto esta abordagem não é satisfatória na medida em que existem complicações que não são visíveis, passíveis de tratamento meramente técnico e imediato.

Fortin (2009) sublinha a importância da investigação científica como uma porta aberta na aquisição de conhecimentos, ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos.

1.2. Problema de investigação

Polit et al. (2004,p.104), refere:

“Um estudo de pesquisa tem início como um problema que o pesquisador gostaria de resolver (...)”

Ainda o mesmo autor aponta para a importância do problema de investigação como uma situação enigmática, inquietante ou perturbadora. A sua finalidade define-se como a solução a um problema ou uma contribuição para a solução delimitada por um problema maior.

Fortin (2009,p.66) está igualmente de acordo com o referido por outros autores, convergindo acerca do problema de investigação como “ (...) uma situação que necessita uma elucidação ou de uma modificação.”

Face ao exposto pelos autores acima citados identificou-se a problemática deste trabalho, incidindo-se principalmente nas complicações pós-cirúrgicas de estes doentes ao longo dos últimos 12 anos, projectando paralelamente o papel do enfermeiro no acompanhamento perioperatório.

Para Cordeiro (2001,p.97), “ (...) o enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente e pode incentiva-lo por meio de atitudes seguras e compreensivas, estimulando os seus sentimentos de auto-estima e confiança (...)”.

Segundo Vargas (2006), o paciente submetido a cirurgia cardíaca defronta-se com emoções fortes, nomeadamente o medo. De facto o coração é um órgão estigmatizado na sociedade como o principal responsável pela manutenção da vida e que desgasta o paciente e a família pela ameaça de um futuro incerto e duma incógnita permanente no seu regresso à vida quotidiana.

Ainda o mesmo autor (p.2) refere:

a doença cardíaca e seu tratamento cirúrgico podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente que se sente atingido em sua auto imagem, tem medo do seu estado de saúde e fica à mercê dos profissionais que nem sempre lhe transmitem segurança e empatia.

Parte de todo este receio generalizado na sociedade tem algum fundamento, pois para além de toda a mística envolvida na cirurgia cardíaca, continuam a existir falhas e casos graves na abordagem a estes doentes.

Para Hernandez et al. (1996), apesar de todos os avanços conseguidos no mundo da medicina, continuam a surgir diversas complicações, tanto no período intra-operatório mas também durante o período pós-operatório imediato.

1.3. Pergunta de partida/Questão de investigação

Para Ribeiro (2010,p.34), “ (...) A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação.”

” (...) A investigação parte sempre de uma questão. É mais importante saber colocar a questão do que saber responder-lhe.” Referiu Findley (Cit.in Fortin 2009).

Esta afirmação de Findley é curiosa, remetendo-nos para influências filosóficas, onde se define o filósofo como aquele que não tem respostas prontas, pré-definidas, e que pelo contrário, é detentor de todas as questões, de todas as dúvidas, de todas as suspeitas. Desta forma abre novos caminhos, levantando reflexões acerca das vicissitudes que

preenchem a mente do ser humano, providenciando uma nova forma de viver em busca da felicidade.

Para Fortin (2009,p.72):

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe, É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

Com base no que foi dito anteriormente, apresenta-se a seguinte pergunta de partida orientadora de este estudo:

- Quais as complicações pós-cirúrgicas no paciente submetido a revascularização do miocárdio?

Questão de investigação:

Segundo Hulley et al. (2008,p.35) a questão de investigação é:

“ (...) a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população realizando aferições nos sujeitos do estudo.”

Refere também (p.35):

“Mesmo quando é possível produzir respostas satisfatórias a uma questão, continuamos cercados por outras. “

Para Martin (2006, p.3):

Postoperative care of the cardiac surgery patient is challenging in that changes can occur rapidly. The preoperative condition of the patient as well as intraoperative events should be considered in postoperative care.

Deste modo apresenta-se a seguinte questão de investigação:

-Que importância detêm os enfermeiros no acompanhamento das complicações pós-operatórias?

1.4. Objetivos de estudo

Lakatos (2007) comenta que no universo da pesquisa científica deverá haver indiscutivelmente sempre um objetivo e o que se pretende atingir.

Ander e Egg (cit *in* Lakatos) referem que um estudo deve partir ” (...) de um objectivo limitado e claramente definido, sejam estudos formulativos, descritivos ou de verificação de hipóteses.”

Após o autor do estudo ter indicado o seu problema de investigação deve agora traçar o seu percurso ou seu «fio condutor». Embora nas etapas anteriores com a definição do tema, justificação e pergunta de partida se destacam de forma diferente em todas elas se enuncia a razão do estudo. (Fortin, 2009).

É então seguindo este raciocínio que se destaca o objetivo geral e o objetivo específicos:

Objetivo geral:

-Conhecer as complicações pós-cirúrgicas em doentes submetidos a revascularização miocárdica através de artigos científicos publicados entre 2000 e 2012 disponibilizados em base de dados de referência como: Pubmed; Mendeley; Elsevier; Google scholar, Scielo. Apostando numa análise crítica e sistemática de todo o processo evolutivo.

Objetivo específico:

-Conhecer a importância que detêm os enfermeiros no acompanhamento das complicações pós-cirúrgicas.

1.5. Revisão de Literatura

Carpenter (1999,pág.227) acerca da revisão da literatura diz-nos: “ (...) Um bom ponto de partida para uma revisão de literatura é identificar as principais palavras publicadas sobre o assunto específico”

1.5.1. Anatomia e Fisiologia Cardíaca

Seeley et al. (2003), Smeltzer e Bare (2002), referem-se à forma do músculo cardíaco como uma aparência de cone truncado com dimensões semelhantes a uma mão fechada. Define-se anatomicamente como um órgão oco, localizado no centro do tórax nomeadamente no mediastino, onde ocupa o espaço pleuropulmonar.

O seu peso ronda as 300 gramas, embora fatores de idade, sexo, condição física, e cardiopatias associadas possam influenciar imensamente o seu peso final. Esta bomba pulsátil é responsável pelo transporte de sangue aos tecidos suprindo-os de nutrientes e oxigénio. A ação de bombeamento é efetuada pelo coração através da contração e relaxamento da parede muscular, este mecanismo é designado por sístole (contração) e diástole (relaxamento), impulsionando o sangue nos sistemas circulatórios sistémicos e pulmonares. As quatro câmaras responsáveis pela distribuição do fluxo do sangue são a aurícula direita e esquerda e os ventrículos direito e esquerdo. A aurícula direita recebe o sangue que retorna da veia cava superior (cabeça, pescoço e membros superiores), veia cava inferior (tronco e membros inferiores) e seio coronário. A aurícula esquerda recebe sangue oxigenado vindo da circulação pulmonar por meio das veias pulmonares distribuindo-se por todo corpo humano através da artéria aorta. (Smeltzer e Bare, 1998; Rouviere e Delmas, 1987).

Anatomofisiologicamente a parede cardíaca possui três camadas; a camada interna, designada por endocárdio que consiste maioritariamente por tecido endotelial que reveste a parte mais íntima do coração, onde se situam as câmaras cardíacas e as válvulas cardíacas. Estas últimas são responsáveis pela passagem de sangue das aurículas para os ventrículos e dos ventrículos para a circulação pulmonar e sistémica, possui igualmente o importante papel de impedir o retorno sanguíneo respeitando assim a sua ritmicidade fisiológica. A camada intermédia ou miocárdio é composta por tecido fibroso muscular, responsável principal pela ação de contração. Finalmente, mais externamente encontra-se o epicárdio. (Smeltzer e Bare, 1998).

A circulação coronária supre o miocárdio de oxigénio e outros nutrientes obtendo igualmente produtos do seu metabolismo que elimina. O suprimento de sangue é recebido pelas artérias coronárias esquerda e direita, estas estão situadas nos seios de valsava e posteriormente às cúspides da valva aórtica na aorta descendente. A artéria coronária principal esquerda subdivide-se num plano anterior na artéria coronária descendente e posteriormente na artéria coronária circunflexa. A este grupo de artérias coronárias engloba-se a artéria coronária direita formando em simultâneo o sistema coronário arterial. O músculo cardíaco é dotado igualmente de um sistema autónomo de impulso elétrico que permite a contração mecânica, trata-se de um sistema de condução elétrico produto do processo estímulo-resposta. Estas propriedades são realizadas através de eventos eletromecânicos do coração. O automatismo, a excitabilidade, a condutibilidade e a contratibilidade são processos que permitem um batimento cardíaco regulado, e constante. (Rothrock, 2009; Phipps et al., 2003).

1.5.2. Cardiopatia isquémica

A insuficiência coronária define-se na maioria dos casos como uma consequência da deposição de placas de ateroma no lúmen dos vasos obstruindo o fluxo normal de sangue que impede o fornecimento de oxigénio e nutrientes ao miocárdio. Este tipo de patologia, considerada uma emergência médica, é responsável por 80% de todos os óbitos dentro do grupo dos países desenvolvidos. Os efeitos que caracterizam a cardiopatia isquémica envolvem determinado tipo de sintomas que se distinguem como; angina do peito, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva crónica e

morte súbita. Epidemiologicamente, o doente portador de insuficiência coronária segue arquetipicamente vários fatores de risco, tais como: hipertensão; tabagismo; diabetes e hipercolesterolemia.

O nível sérico de lípidos no sangue tem sido alvo de vários estudos nos últimos anos, ao qual surge como o principal causador na patogenia da aterosclerose. Estes estudos foram evidenciados em várias experiências, onde se constatou que populações de homens que possuíam um nível sérico elevado de colesterol detinham uma alta taxa de doença arterial coronária. Desde então que se tem diferenciado lipoproteínas de baixa densidade (LDL) com alto risco de obstrução coronária, com lipoproteínas de alta densidade (HDL) e taxas de obstrução coronária mínimas. (Rubin et al., 2006).

Embora etiologicamente, a prevalência de causas de insuficiência coronária seja devido a aterosclerose, existem outras respeitantes à sua patogenia. O vasoespasm, por contração involuntária, ou arteriosclerose também são realidades dentro da doença isquémica que contribuem para morbidade e mortalidade de estes indivíduos. Existem muitos autores que consideram aterosclerose como uma forma de arteriosclerose, sendo a primeira revestida de fatores de risco enquanto a segunda engloba um processo mais degenerativo.

Para Phipps et al. (2003), podemos visualizar o contínuo da doença coronária pelo grau de obstrução do lúmen da artéria. Desta forma uma linha evolutiva pode ser considerada da seguinte forma: angina estável; angina instável e por fim EAM.

O termo *Angina pectoris* refere-se na comunidade médica como uma dor isquémica miocárdica que ocorre na maioria dos casos na região subesternal e pode irradiar para o braço esquerdo, mandíbula e epigastro. Esta ocorrência é retratada como o sintoma mais comum na cardiopatia isquémica.

Para Seeley et al (1995,pag.662):

Muito frequentemente a angina de peito resulta do estreitamento e endurecimento da parede arterial. A redução do fluxo sanguíneo origina a redução do fornecimento de oxigénio às células do músculo

cardíaco. Como consequência, o metabolismo anaeróbico limitado do músculo origina a formação do ácido láctico e redução do pH nas áreas afectadas do coração.

A dor está correntemente associada ao exercício físico pelo simples facto de que o aumento da actividade de bombeamento do coração requer mais oxigénio e os vasos sanguíneos obstruídos não o conseguem fazer. A angina do peito estável é frequentemente aliviada por repouso e farmacologia. No caso da angina instável, esta pode não ceder á terapêutica instituída e a sua prolongação pode resultar em EAM. (Seeley et al., 1995).

Tal como foi referido anteriormente, EAM pode ser resultado do prolongamento isquémico, causado pela obstrução do vaso. Esta situação pode ter como foco alguma parte do músculo cardíaco alimentada pelas artérias coronárias onde se constata a morte celular. Normalmente, esta carência de oxigénio às células cardíacas pode ser reversível se houver algum tipo de intervenção situada normalmente numa estimativa de 20 minutos, evitando-se assim danos permanentes. Todavia 30 a 60 segundos de interrupção origina alterações funcionais. As arritmias causadas por um distúrbio eléctrico são habitualmente devida á disfuncionalidade mecânica do coração subjacente a uma insuficiência coronária. Este sequenciamento acaba por influenciar o seu automatismo e a ritmicidade perde-se. (Seeley et al., 1995).

1.5.2.Revascularização miocárdica

Historicamente o coração sempre foi considerado como a chave da vida do corpo humano. A sua importância na manutenção da vida está presente em imensas descobertas no mundo da medicina que remontam a vários séculos. No entanto, a cirurgia cardíaca é bastante recente. O primeiro relato de uma intervenção cirúrgica cardíaca de sucesso foi realizada por Rhen em 1896, o procedimento consistiu na reparação e sutura do ventrículo direito penetrado por um objeto pontiagudo. A partir de esse momento abriram-se portas para aquilo que viria a ser a maior revolução no mundo da cirurgia cardíaca. A evolução seguiu o seu caminho abrindo horizontes para novas descobertas que permitiram controlar melhor os resultados esperados. Foi o caso da introdução da anestesia por entubação endotraqueal que permitiu o acesso às cavidades

do endocárdio e do controlo da função pulmonar, da desfibrilhação elétrica e de todas as soluções químicas que permitiram a paragem cardíaca e a sua reversão. (Rothrock, 2009).

Ao nível do diagnóstico também foram feitas imensas descobertas que vieram facilitar e garantir uma técnica cirúrgica mais promissora, foi o caso da angiografia coronária realizada pela primeira vez pelos médicos Sones e Shirey em 1958, e que será mencionado mais adiante neste estudo.

A capacidade de isolar o coração e os pulmões sem produzir anóxia dos tecidos foi uma vitória realizada pela primeira vez em 1953 por Gibbon que corrigiu um defeito de um septo auricular utilizando para isso uma máquina inovadora que se dominaria por bomba oxigenadora com circulação extracorpórea. As técnicas anastomóticas foram projetadas por Carrel no início do século XX, sendo estas ideias postas em prática em cirurgias cardíacas ao nível das artérias, como por exemplo, Cooley ao reparar aneurismas aórticos e a revascularização miocárdica direta através de excerto de artéria mamária interna e veia safena assim como os primeiros transplantes cardíacos realizados por Banard e Shumway. (Rothrock, 2009).

Embora a revascularização do miocárdio tivesse sido considerada prática clínica no início da década de 60 nas mãos de Cooley, a sua autoria deve-se efetivamente a Vineberg em 1950.

Vineberg em Abril de 1950 executa a primeira intervenção cardíaca em humanos, com implantação de um excerto da artéria mamária interna numa das artérias coronárias, o resultado foi desolador com o seu primeiro paciente ser registado óbito 62 horas depois. No entanto nem tudo foram más notícias, posteriormente no exame *post-mortem*, descobriram que o excerto não teria criado qualquer tipo de hemorragia, hematoma ou enfarte. Vineberg, influenciado pela primeira experiência e confiante de que estaria no caminho certo, tentou uma segunda vez com o mesmo procedimento e o resultado foi que o paciente sobreviveu 10 anos após cirurgia. Com o sucesso da segunda operação realizada, Vineberg acalmou os cétricos que até ai o criticavam, no entanto, este tipo de

intervenção estava restrita ao hospital onde exercia e com alto controlo no número de cirurgias. (Thomas, 1999).

Com a criação da angiografia seletiva coronária, Sones e Shirey em 1958 revolucionaram a maneira de abordar estes pacientes e acabaram por cimentar a credibilidade de Vineberg que teria agora a sua técnica cirúrgica suportada por algo que era visualizado. (Thomas, 1999; Cheng, 2003).

“Cineangiography provided objective evidence of a sound physiologic basis for the operation” (Thomas, 1999, p.107)

O desenvolvimento da cirurgia de revascularização do miocárdio prosseguiu o seu caminho e foi alvo de imensos estudos durante meio século. Com o desenvolvimento caótico de tecnologia e na minuciosidade de materiais cada vez mais resistentes, leves e eficazes começou-se a inserir o conceito de cirurgias minimamente invasivas, estas tinham como aspetos positivos o rápido retorno do paciente à vida normal e menos custos na permanência de indivíduos nos hospitais, assim como um menor grau de risco de complicações pós-operatórias. Neste contexto, foi desenvolvida então uma técnica que se dominaria de (PCI) *percutaneous coronary intervention*, ou angioplastia coronária e foi introduzida em 1977 por Andreas Gruentzig. Em meados dos anos 80 é promovida como intervenção alternativa à (CABG) *coronary artery bypass grafting* mais comumente conhecido por *bypass* das artérias coronárias. (*European society of cardiology*, 2010).

É importante de igual forma, mencionar o contributo da farmacologia. Presentemente a área farmacológica detém um importante papel, nomeadamente na prevenção e tratamento adjuvante a estes pacientes. Os agentes trombolíticos foram descobertos na década de 50, no entanto, só foram incorporados na prática clínica em 1986, afirmando-se como opção válida com custos mínimos hospitalares.

Para Wit et al (2012,p.7) o processo de trombólise já é considerado um método ultrapassado e comenta:

The treatment options for coronary artery diseases have change over time. In the past, patients with an acute myocardial infarction were treated with thrombolysis. Primary percutaneous intervention is the appropriate treatment nowadays. With this change of treatment, numerous studies have shown reduced infarct sizes, a reduced length of stay, and a better long-term survival in patients with an acute myocardial infarction.

Até aos nossos dias os procedimentos tem evoluído a um ritmo alucinante, o desenvolvimento de cirurgia a laser e a utilização de robótica é uma aposta segura do futuro, porém, no sentido de não prolongar demasiadamente este estudo tomaremos em conta apenas as intervenções mais realizadas no mundo inteiro, com maior significado clínico ou seja a angioplastia coronária e a cirurgia de *bypass* coronário.

Para Rothrock (2008) o pessoal de enfermagem perioperatória juntamente com os cirurgiões contribuíram para estes avanços participando de uma forma decisiva na conceptualização de instrumentos, variados materiais e na filosofia a adotar como cuidados necessários ao doente. A visão do enfermeiro sobre estes aspetos é bem esclarecedora pois estes profissionais são significativamente, ao nível de coordenação, gestão e colaboração de uma equipa cirúrgica, sempre muito exigentes e sempre com os níveis de excelência como meta principal.

Os procedimentos cirúrgicos padrão na doença arterial coronária incluem a revascularização miocárdica através da criação de pontes, ou ligações arteriais coronárias com enxertos de artérias e veias, nomeadamente a artéria torácica interna, artéria gastroepiploica ou gastro-omental esquerda, artéria radial e veia safena magna. De todo o tipo de excertos a artéria torácica interna constitui a artéria de eleição e com melhores resultados clínicos a longo prazo. A artéria radial começou por ser muito promissora na utilização de excertos em artérias coronárias, contudo os estudos indicam que o uso da artéria radial foi colocado de lado por ser propícia á restenose com alto grau de obstrução. Com o aparecimento de fármacos como os bloqueadores dos canais de cálcio, foi possível a sua reutilização com segurança, mantendo uma vasodilatação considerável. A veia safena embora muito fiável é ainda muito utilizada em situações de multiexcertos, o seu rápido acesso permite ser uma aposta segura e eficaz em casos de emergência. (Rothrock,2008; Sleeper et al.,2005; Dallan et al., 1995).

Dentro da cirurgia convencional ou seja, no tratamento das artérias coronárias mediante abordagem por toracotomia é frequente a sua realização com recurso a circulação extracorpórea, no entanto, com a evolução ao nível da cardioplegia e outros recursos já é possível realizar todo o procedimento sem esta mesma, minimizando assim algumas situações complicativas que daí advém.

Outro procedimento muito habitual que veio a corresponder como método alternativo à cirurgia convencional, mostrando-se também muito útil na abordagem a pacientes com situação cardíaca muito delicada foi a angioplastia coronária ou intervenção percutânea coronária. O tipo de técnica minimamente invasiva consiste na inserção de um cateter através da artéria radial, braquial ou femoral que se dirige até a aorta. Aqui identificam-se as ramificações das artérias coronárias através da utilização de produtos radiopacos acusando as artérias disfuncionais e a localização da obstrução em si. Dentro da lesão podem ser ativados vários processos, dilatação do vaso por balão intraluminal, ou colocação de *stents* com libertação prolongada de anticoagulante de modo a evitar a reestenose. Estas técnicas permitiram o alívio imediato das zonas comprometidas. Por outro lado, um dos aspetos negativos neste tipo de intervenção segundo, Phipps et al. (2003) é a grande possibilidade de recorrência de obstrução ou restenose. Esta ocorrência é reforçada pelos estudos realizados da *European society of cardiology* pelos autores, (Wijns et al.,2010, p.2512),

“(…) an increase in recurrent angina and a five- fold increase in repeat TVR with PCI up to 5 years of follow- up.”

Seja a natureza do tratamento na revascularização do miocárdio, invasiva reconstrutora, minimamente invasiva, ou química, requerem sempre cuidados especializados por pessoal capaz de dar resposta as necessidades constantes dos doentes.

Wit et al (2012, pág.6) reitera a importância do enfermeiro como elemento crucial no acompanhamento dos doentes intervencionados:

In this changing world, the nurse practitioner may be the ideal healthworker to create such new environment and may facilitate in this process of expediting discharge and improving patient safety at discharge.

Os profissionais de enfermagem com conhecimentos específicos, no âmbito da especialidade ou de cuidados gerais, terão sempre de ter em conta um vasto leque de saberes, particularmente ao nível das alterações fisiopatológicas mas sobretudo riscos psicossociais que são constantemente observados em pacientes intervencionados no âmbito da revascularização cardíaca. Este *know-how* habilita os enfermeiros a antecipar o seu plano de cuidados em relação ao paciente e à organização da equipa como meio de providenciar uma experiência cirúrgica menos traumática. Todo este processo antecipatório faz parte de um dever ético, moral e deontológico que deve ser assegurado.

1.6. Atuação do enfermeiro perioperatório

Segundo, AESOP (2006.p.8):

O doente que vai ser operado está de tal modo vulnerável, que não atribui grande importância à presença dos enfermeiros, relacionando frequentemente a qualidade e o êxito da cirurgia unicamente com a perícia do cirurgião, ignorando a maioria das vezes a função e a presença dos enfermeiros no bloco operatório.

Assim, define-se como função do enfermeiro perioperatório:

identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do individuo antes, durante e após a cirurgia. (AORN *cit in.* AESOP, 2006)

Olarte (2010,p.130) com base no acompanhamento perioperatório comenta:

El paciente com EC que requiere de tratamiento quirúrgico (RVM) debe afrontar su proceso de recuperación; en dicho proceso la participación de la enfermera es activa y dinámica, y está presente desde el inicio hasta el final.

Para Martin (2006, p.3):

It is essential for the nurse to anticipate the possible complications so that appropriate interventions are initiated in a timely manner in order to ensure a positive outcome for the patient.

O período perioperatório começa quando o paciente é informado da necessidade de uma intervenção, [seja ela cirúrgica ou não] esta inclui o procedimento em si, a recuperação, e continua até o paciente retomar as suas atividades diárias normais. A experiência cirúrgica pode ser segregada em três fases; a fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. A palavra «perioperatório» é usada para definir o conjunto das três fases. O enfermeiro perioperatório disponibiliza cuidados de saúde durante as três fases. (Goodman,2013).

Meecker e Rothrock (1997) referem:

A enfermagem Perioperatória é um processo sistemático e planejado com uma série de passos integrados. Se visto isoladamente, enquanto levantamento de casos, a enfermagem perioperatória nada mais é do que um roteiro de preparação de equipamentos e registros. Se, ao contrário, é visto enquanto cuidado ao paciente, torna-se um processo científico e estimula a enfermagem a atuar num nível óptimo.”

O mesmo autor refere que o foco do enfermeiro deve ser dirigido única e apenas para o doente e o que dele resulta atende às necessidades essenciais. Os enfermeiros podem focalizar-se no doente em todas as fases e ao mesmo tempo disponibilizar os seus conhecimentos científicos, teóricos/práticos. A utilização e adaptação do processo de enfermagem em bloco operatório têm-se tornado parte integrante dos cuidados, embora não tenha sido evidente no passado.

Gasperi et al (2006) diverge com o autor anterior, comentando que o verdadeiro foco do enfermeiro não deve ser apenas no doente submetido a cirurgia mas similarmente à sua família, tendo sempre em conta fatores de foro psicológico.

” Assim como durante o período pré-operatório, no período pós-operatório também não podemos deixar de dar atenção a aspectos emocionais do paciente e seu familiar (...) ”
(p.4)

Para Carvalho et al, (2008,p.505):

A comunicação efectiva entre paciente e equipa multiprofissional que dará sequencia ao tratamento é de vital importância para que se obtenha um pós-operatório de qualidade, haja visto a complexidade do procedimento, o uso de altas tecnologias, o grande volume de cuidados, o ambiente estranho ao individuo, associações com as crenças que envolvem a cirurgia de revascularização miocárdica.

Existe um ponto de acordo que é transversal em todos os autores, a importância da presença do enfermeiro em todas as fases do perioperatório. Este providencia a segurança, o conforto físico e mental sem nunca esquecer os familiares. Referem igualmente a importância de um modelo assistencial de enfermagem capaz de sistematizar e uniformizar os cuidados em todas as fases do perioperatório, sendo não só uma ferramenta de extrema importância no planeamento dos cuidados ao doente submetido a revascularização cardíaca, mas também como uma forma organizada e eficaz na eficiência do seu trabalho.

1.7. Estudos de investigação relacionados com o tema

Tal como Goodman (2013) referia, o período perioperatório começa quando o paciente é informado da necessidade de uma intervenção. Em conformidade, para o autor do artigo seguinte, a ideia de que a fase perioperatória começa quando o paciente é admitido no hospital para cirurgia é errónea. O período de espera entre a notícia da necessidade de intervenção e admissão deve ser uma fase de ensinos onde o enfermeiro atua de maneira ativa.

É o caso de um estudo publicado por Arthur et al. (2000), “Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery”.

Os objectivos deste estudo era examinar os efeitos de uma intervenção multidimensional pré-operatória e nos seus resultados a nível pré-cirúrgico e pós-cirúrgico em pacientes de baixo risco em lista de espera para *bypass* coronário.

Tratou-se de um estudo randomizado controlado realizado num serviço de cirurgia cardiovascular de um hospital em Ontário, Canadá. A amostra consistiu num total de 249 pacientes em lista de espera para *bypass* coronário com período limitado de 8 semanas.

Como fatores de participação os elementos não poderiam estar sujeitos a cirurgia de revascularização combinada com substituição de válvula cardíaca, a fração de ejeção não poderia ser inferior a 40%, não poderia haver dificuldades de acessibilidade por localização geográfica e teriam de estar fisicamente aptos.

Neste estudo a amostra foi dividida em dois grupos de estudo. O primeiro grupo foi colocado num programa de intervenção pré-operatório logo após decisão médica para cirurgia. Este programa era gerido por uma equipa multidisciplinar onde participavam, vários profissionais de saúde e consistia essencialmente em treino de exercício físico duas vezes por semana num ambiente controlado, reforço no âmbito de educação para a saúde e acompanhamento telefónico permanente por um enfermeiro. O segundo grupo seguia o procedimento normal protocolizado na instituição que não incluía intervenção pré-perioperatória.

Segundo os dados demográficos presentes na população, menciona-se o sexo masculino como principal alvo de cirurgia coronária, com valores de 87.8% e 82% respetivamente ao grupo de estudo e grupo controlo. A faixa etária em ambos os grupos situou-se entre os 61.8 +/- 8.4 e 63+/-7.8 anos. Cerca de 12% e 14% viviam sós. Cerca de 12% e 11% possuíam apenas educação básica, e 20% e 15% estavam empregados. Em relação ao historial médico salienta-se que 52% da amostra total já tinha antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, 16.4% e 25.6% eram diabéticos 20.3% e 13% eram fumadores e 73% estavam medicados com terapêutica anticoagulante.

Dentro dos aspetos mais positivos desta pesquisa, embora sem resultados suficientes que suportem uma teoria sólida destaca-se a diminuição de dias de internamento no grupo de estudo em relação ao grupo de controlo com uma diferença média de um a dois dias. De facto os pacientes que tinham sido alvo de intervenções pré-operatórias ficaram menos tempo em cuidados intensivos após cirurgia. Outro resultado positivo foi observado ao nível da condição física no período pós-operatório. Os pacientes que faziam parte do programa de intervenção, apresentaram melhores condições físicas do que no grupo controlo, facilitando uma recuperação mais rápida e mais promissora.

Outro estudo com bastante relevância é o de Dantas e Aguillar em 2001 intitulado, “Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: Acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês pós alta hospitalar”.

O objetivo deste estudo era identificar problemas apresentados pelos pacientes, submetidos à cirurgia de RM, no primeiro mês após alta.

O estudo foi realizado num Hospital-Escola da cidade de São Paulo, Brasil. A amostra contou com 25 pacientes submetidos à cirurgia de RM e obedeciam aos seguintes critérios; não terem sido submetidos a outros procedimentos no ato de cirurgia, estarem em boas condições físicas e psicológicas, terem telefone nas suas residências e concordarem com o estudo.

Ao nível da caracterização da população constou-se novamente a predominância do sexo masculino (96%). Ao nível da faixa etária (68%) possuíam idades compreendidas entre 50 e 70 anos, (88%) eram casados e (72%) eram da região de São Paulo. Quanto aos aspetos socioeconómicos (68%) eram reformados e mais de (50%) não possuíam a escolaridade mínima obrigatória.

As principais complicações pós-cirúrgicas registadas neste estudo foram maioritariamente ao nível da ferida cirúrgica (76%), e terapêutica medicamentosa registada com (28%) da amostra. Complicações com patologias associadas (24%), alterações de humor (20%), alterações do padrão de sono (16%), queixas

cardiovasculares (16%), alterações do apetite (8%) e outras alterações: sensibilidade, motricidade, memória, acuidade visual, força muscular (12%).

Como conclusões finais para além da identificação das principais complicações físicas pós- cirúrgicas que acometeram o paciente após a sua intervenção. Destaca-se igualmente a importância dos ensinamentos no âmbito da educação para a saúde como forma decisiva na assistência ao doente, resultando na diminuição significativa de complicações no processo de recuperação.

Um outro estudo que reforça o estudo apresentado anteriormente é um estudo de Cordeiro no mesmo ano em 2001 “Sistematização da assistência em enfermagem: visita pré-operatória a pacientes submetidos a revascularização do miocárdio”

O objetivo deste estudo era analisar a assistência pré-operatória pela ótica dos pacientes em pós-operatório na R.M, identificando a contribuição da visita pré-operatória de enfermagem.

Tratou-se de um estudo comparativo/descritivo/exploratório, composto por uma amostra não probabilística de 30 pacientes numa unidade de pós-operatório de RM. Para participação no estudo teriam de ser maiores de idade, verbalmente comunicativos e que concordassem participar no estudo. Esta pesquisa foi realizada igualmente num hospital público da área geográfica de São Paulo, Brasil.

Seguidamente procedeu-se à divisão da amostra em dois grupos de 15 elementos, denominados de Grupo A e B. No grupo A os pacientes tinham recebido visita pré-operatória do enfermeiro, enquanto o grupo B não recebiam visita pré-operatória por parte de este profissional, sendo acompanhados por médicos e outros profissionais de saúde.

Neste estudo constatou-se a continua prevalência do sexo masculino na cirurgia de RM em ambos os grupos, a faixa etária situou-se entre os 57 e 76 anos, a maioria dos sujeitos eram casados também em ambos os grupos com (67%) e cerca de (67%) do total dos indivíduos não possuíam escolaridade obrigatória.

Em relação ao tempo de hospitalização este carece de estudos pois houve apenas uma diferença de ($p=0,06$) em relação ao grupo B. No entanto poderia sugerir uma influência positiva por parte do enfermeiro

Quanto aos sentimentos analisados, não houve diferença significativa em ambos os grupos estudados, exceto no sentimento “angústia” que foi menor no grupo A, do que no grupo B.

Como resultados finais evidenciou-se no grupo A, que as orientações fornecidas pelo enfermeiro na sua visita pré-operatória foram essenciais ao gerar no paciente mais segurança e participação no seu processo cirúrgico.

A opinião dos pacientes em relação ao enfermeiro foi bastante encorajadora, pois viram a intervenção do enfermeiro como uma contribuição importante na fase pré-operatória, e inevitavelmente um melhor intraoperatório mas sobretudo um pós-operatório mais positivo. As informações acerca da anestesia, do despertar, dos posicionamentos de sondas e drenos, apresentaram uma diferença acentuada do que em relação ao grupo B concluído que os pacientes teriam assimilado melhor as indicações fornecidas pelos enfermeiros.

Outro estudo muito interessante é o de Hannan et al. (2003) “Predictors of Readmission for complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery”. Este estudo é bastante curioso, pois ao observarmos os dados presentes, podemos tirar algumas conclusões, extrapolando teorias que suportam a real importância do papel dos enfermeiros na prevenção de determinados tipos de complicações que inúmeras vezes ocorrem a indivíduos sujeitos a RM.

O propósito deste estudo era de examinar as ocorrências e causas na readmissão hospitalar de doentes submetidos a *bypass* coronário no estado de Nova Iorque, identificando características demográficas, pré-operatórias e pós-operatórias que fossem fatores preditivos de reinternamento.

O estudo contou com uma amostra total de 16325 pacientes que constavam nos registos da *New York State's Cardiac Surgery Reporting System*, onde constava informação clínica detalhada de todos os pacientes sujeitos a cirurgia de revascularização do miocárdio em Nova Iorque, desde 1989. Como aspecto limitativo da amostra, apenas interessaram os pacientes readmitidos 30 dias após cirurgia.

No total de 16325 indivíduos, 2497 (15%) foram readmitidos após 30 dias à cirurgia de *bypass* coronário. Destes pacientes, 2111 (84,5%), foram imediatamente reinternados, com o diagnóstico de complicações derivadas de cirurgia coronária. Um total de 58 (2,7%) dos 2111 pacientes faleceu durante essa mesma readmissão. Cerca de 1661 (78,7%) tiveram alta para o domicílio e 247 (11,7%) foram referenciados para uma unidade de recuperação.

As complicações físicas mais frequentes de readmissão 30 dias após *bypass* coronário, foram infeção (28,3%), paragem cardíaca (15,7%), isquemia do miocárdio (7,9%), arritmias, (7,7%) com predomínio de fibrilação auricular.

Como conclusões ao nível das características que pudessem prever possíveis complicações e readmissões a curto prazo os autores deste estudo referenciaram essencialmente os pacientes idosos e sexo feminino (como grandes candidatos a reinternamento), pacientes com maior superfície corporal, enfarte agudo do miocárdio prévio, assim como morbilidades associadas a várias doenças como por exemplo: a doença vascular periférica, ICC, DPOC, diabetes e insuficiência hepática.

Neste estudo concluiu-se que os reinternamentos 30 dias após cirurgia de *bypass* coronário é sem dúvida um acontecimento adverso, muito presente, sendo imprescindível mais investigação acerca dos fatores que influenciam estes doentes.

Associado ao estudo anterior Theobald e McMurray (2004), publicaram um artigo científico "Coronary artery bypass graft surgery: Discharge planning for successful recovery" que tinha como objetivos examinar e estudar as preocupações e necessidades vivenciadas de pacientes e familiares um ano após cirurgia cardíaca.

Este tipo de estudo qualitativo foi realizado a uma amostra de 30 indivíduos de um Hospital público da cidade de Brisbane, Austrália.

O estudo consistiu em duas fases. Na fase 1 fez-se a recolha de dados demográficos e conduziu-se uma série de entrevistas domiciliares 45 semanas após alta. A fase 2 envolveu um *follow up* telefónico de 12 meses, depois da fase 1, onde eram entrevistados acerca de todos os problemas associados à cirurgia que tinham ocorrido. Como fatores de inclusão / exclusão os participantes teriam de ser submetidos a cirurgia de *bypass* coronário pela primeira vez (com ou sem cirurgia ao nível de válvulas cardíacas), que fossem capazes de comunicar, que entendessem a língua inglesa, que vivessem a 2 horas de distância do centro de pesquisa e por fim que tivessem assinado o respetivo consentimento informado.

Ao nível da caracterização da amostra, 22 eram homens, 8 eram mulheres e a idade média situava-se nos 65 anos. Grande parte dos indivíduos estavam numa situação de matrimónio e 4 eram divorciados. Em relação ao país de origem, grande parte era de nacionalidade Australiana, quatro eram de nacionalidade estrangeira. A nível cirúrgico 22 pacientes fizeram revascularização por *bypass* coronário e os restantes indivíduos, tiveram em simultâneo substituição de válvula mitral e aórtica.

Após conclusão das entrevistas na fase 1 e fase 2 foram levantados os dados que deram origem as conclusões e discussão prévia. Os achados deste estudo incidiram principalmente no corte abrupto que a cirurgia causou diretamente no paciente e nos familiares que assumiram de imediato o papel de cuidadores informais. De todos os sintomas negativos vivenciados pelos pacientes, o mais desagradável e limitador foi a dor. A dor que era caracterizada pelos pacientes como uma dor torácica era referida como pertencente à zona cirúrgica, desconhecendo na maioria dos casos a sua origem ou se seria normal. Muitos desses pacientes afirmaram também, não terem sido informados quanto ao manejo da dor pós-cirúrgica. Outro aspeto de relevo apontado na entrevista foi a referência quanto às modificações físicas. Muitos dos doentes viram a sua capacidade física afetada de uma maneira muito inesperada. Quase metade dos entrevistados referiram complicações, ao nível do sistema urinário, tremores, obstipação, pneumonia, infeção de ferida cirúrgica, dificuldades em adormecer,

sensações de extrema fadiga e perda de apetite. Outros aspetos significativos foram levantados pelos doentes, nomeadamente em relação ao choque de expectativas. A mudança de hábitos e costumes foram abordadas com um sentimento de frustração traduzido pela incapacidade de retorno à vida normal e em particular à vida profissional. Quanto ao futuro, muitos dos participantes referiram bastantes preocupações devido à incerteza do que se seguiria, apontando algum desconforto psicológico, questionando se voltariam a funcionar correctamente como um todo.

A opinião dos cuidadores informais, na sua maioria familiares próximos, também foi alvo de estudo. Foram referidos aspetos menos positivos como ansiedade, *stress* e sobretudo a irrupção de uma realidade imposta, num assumir de papéis que despoletou profundos desgastes emocionais. Ao nível das estruturas e mecanismos de saúde todos os participantes concordaram que a criação de estruturas de apoio com aconselhamento seria uma mais-valia. A existência de uma lacuna no período pós alta continua ainda por explorar, uma adequada planificação baseada nas reais necessidades de estes pacientes pode ajudar imenso esse período crítico, beneficiando inevitavelmente a recuperação.

O estudo acerca das orientações a que o paciente é sujeito no percurso perioperatório de cirurgia cardíaca, tem sido muito discutido ao longo dos anos. Na maioria dos estudos publicados, as conclusões são unânimes, os enfermeiros detêm um papel vital no acompanhamento destes pacientes. O contributo dos enfermeiros para a minimização de complicações perioperatórias é já uma evidência inquestionável.

Carvalho et al. (2008) no seu artigo “ Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica” reforça mais uma vez o importante papel da enfermagem no acompanhamento do doente revascularizado.

O objetivo de estudo era analisar as informações obtidas na fase pós-operatória de indivíduos submetidos a RM. Para isso recorreu-se a um tipo de estudo quantitativo, descritivo transversal realizado por meio de levantamento de dados, por entrevistas realizadas durante 25 de maio a 23 de agosto de 2005. A amostra consistiu em 23 indivíduos, num serviço de cirurgia cardiovascular de um hospital público na região oeste do estado do Paraná, Brasil.

No grupo estudado identificou-se 18 elementos do sexo masculino (78,3%) com idades situadas entre os 51 e os 55 anos, enquanto nas mulheres a faixa etária aumentava para 66 e 70 anos. Cerca de 18 elementos (79%) possuíam estado civil de casados, 79% eram aposentados e 74 % não tinham escolaridade mínima terminada. A nível social e económico o rendimento mensal não ultrapassava os três ordenados mínimos e todos estavam abrangidos pelo Sistema Nacional de Saúde ou Sistema Único de Saúde tal como é denominado no Brasil.

Após recolha de informação dos entrevistados neste estudo concluiu-se que cerca de 57% responderam que receberam indicações orientadoras para alta, 39% não receberam qualquer tipo de orientações, e 4% tiveram orientações apenas durante a hospitalização. Em matéria conclusiva, realça-se que as orientações disponibilizadas ao paciente não seguiram nenhum protocolo, o que não garantiu que todos os pacientes recebessem informações mínimas acerca dos cuidados no domicílio. Outro aspeto foi o facto da inexistência de uma equipa multidisciplinar que integrasse os cuidados oferecidos aos pacientes no período perioperatório, o que explicaria a visão unificada do médico como figura preponderante na experiência cirurgia. Realçou-se ainda o poder comunicativo, como estratégia de bem-estar e de segurança do paciente em fase perioperatória assim como a necessidade dos profissionais de enfermagem atuarem ativamente nos processos de cuidados e nas orientações com vista ao auto cuidado.

À medida que vamos avançando na análise dos estudos vai-se constatando cada vez mais um interesse gradual na componente psicológica, como meio facilitador nos cuidados prestados ao paciente. Exemplo disso é um estudo colombiano realizado em 2010 por Olarte, na sua tese de doutoramento “Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica”, onde explora os principais sentimentos as preocupações e emoções envolvidas na fase pós-cirurgia de RM.

O objetivo deste estudo era estudar esses fatores psicológicos propondo uma estratégia de cuidados de enfermagem que respondesse adequadamente perante as situações.

Tratou-se de um tipo de estudo qualitativo, realizada a um amostra de 40 pacientes, através de entrevista semi-estruturada, 48 a 96 horas após a intervenção cirúrgica.

Na conclusão deste estudo foi possível reunir toda a informação em categorias distintas que refletiam o vasto leque de sentimentos transmitidos pelos elementos. As categorias foram as seguintes: Bem-estar; realização pessoal; reflexão pessoal; benefícios; complacência; crenças e valores; sofrimento; ansiedade; desgostos. O paciente em pós-operatório de RM é bastante afectado naquilo que é sobretudo o seu espaço vital onde a sua dignidade, liberdade e domínio é inesperadamente abalado. Estes pacientes necessitavam de cuidados físicos secundários á RM mas sobretudo cuidados que atingissem a sua esfera psicossocial.

Estas características constituíram situações que requereram cuidados de enfermagem durante o processo pós-operatório. Identificaram-se os problemas dos pacientes durante a etapa crítica de recuperação, para a partir deles, elaborar planos de cuidados adaptados a cada indivíduo procurando que cada um conseguisse uma recuperação rápida e positiva. Todos os sentimentos observados fizeram parte do processo de recuperação, no entanto, eram apenas tratados de uma maneira muito parcial pelo enfermeiro. Assim sendo constatou-se a necessidade de criação de espaços de apoio, onde o paciente fosse capaz de partilhar os seus medos e sentimentos, criando uma oportunidade única de deixar o paciente se envolver na sua recuperação. Esta atitude faz parte de uma filosofia de humanização de cuidados onde o enfermeiro deve ir para além dos cuidados físicos entendendo de que se trata de um ser biológico, psicológico, social e espiritual.

Por fim, um estudo de Wit et al (2012) “Nursing role to improve care to infarct patients and patients undergoing heart surgery: 10 years' experience”

Os objetivos deste estudo eram de analisar e descrever a contribuição de dois enfermeiros especialistas no acompanhamento de pacientes com EAM e submetidos a cirurgia de RM. Foi um tipo de estudo observacional, e a amostra consistiu em 1697 pacientes registados entre 1999 e 2010 no centro hospitalar de Amesterdão, Holanda.

Como resultado final de este estudo confirmou-se o contributo significativo dos cuidados de enfermagem especializados em pacientes internados após EAM e pós-revascularizados, caracterizando-se como eficientes e eficazes no seu acompanhamento. A qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros foi testada, e os resultados foram bastantes claros, os enfermeiros prestam cuidados, a um nível de qualidade elevado, garantindo segurança, confiança e capacidade técnica e relacional capaz de igualar e sobrepor os cuidados médicos convencionais e traduzindo-se em menos tempo de hospitalização.

II-FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2009) na fase metodológica denuncia-se um conjunto de meios e atividades que tem como fim responder às questões orientadoras ou constatar teorias do decurso da fase concetual.

2.1. Desenho de investigação

Fortin (2009) comenta que o desenho de investigação de um trabalho científico, assume-se num conjunto de decisões, que tem como enfoque a construção de uma estrutura sólida teorizada, que permita uma abordagem científica.

Assim sendo, o desenho de investigação é desenvolver uma estratégia, que acarreta decisões importantes capazes de levar a cabo uma investigação, explorando os resultados científicos decorrentes da questão orientadora, tentando ao mesmo tempo, colmatar lacunas.

2.2. Tipo de estudo

Estando a questão de investigação situada no nível I da hierarquia dos níveis de investigação de Fortin e de modo a garantir uma caracterização fiel do problema inicial, optou-se por realizar um estudo de revisão sistemática de literatura de carácter exploratório-descritivo, através de dados obtidos a partir de artigos científicos, teses de

doutoramento e bibliografia nacional/internacional. Toda a recolha de informação compreendeu um período situado entre 2000 e 2012.

Fortin refere acerca do estudo descritivo (2009,p.236), “(...) visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado”.

III-FASE EMPÍRICA

Segundo Fortin (2009) a fase empírica encontra-se dividida em duas etapas: a recolha de dados e a sua análise. Posteriormente à recolha de dados inicia-se a discussão e apreciação crítica, tendo como referência todo o desenvolvimento teórico fundamentado neste estudo de pesquisa.

3.1. Apresentação dos resultados

Para Polit et al. (2004, p.68) :

“ (...) A secção de resultados apresenta os achados da pesquisa (isto é os resultados obtidos na análise dos dados) (...) ”

Apresenta-se em seguida, os resultados mais pertinentes dos estudos publicados anteriormente, de uma forma sequencial dispostos em quadro. Para facilitar a leitura dos mesmos, estruturou-se a sua leitura e compreensão da seguinte forma:

Quadro 1-Apresentação de estudos por autor, ano, título e resultados.

Autores	Ano	Título	Resultados
---------	-----	--------	------------

<p>Arthur et al.</p>	<p>2000</p>	<p>Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery</p>	<p>Segundo os dados demográficos presentes na população, menciona-se o sexo masculino como principal alvo de cirurgia coronária, com valores de 87.8% e 82% respetivamente ao grupo de estudo e grupo controlo. A faixa etária em ambos os grupos situou-se entre os 61.8 +/- 8.4 e 63 +/- 7.8 anos. Cerca de 12% e 14% viviam sós. Cerca de 12% e 11% possuíam apenas educação básica, e 20% e 15% estavam empregados. Em relação ao historial médico podemos salientar que 52% da amostra total já tinha antecedentes de enfarte agudo do miocárdio, 16.4% e 25.6% eram diabéticos 20.3% e 13% eram fumadores e 73% estavam medicados com terapêutica anticoagulante.</p> <p>Dentro dos aspetos mais positivos desta pesquisa, destaca-se a diminuição de dias de internamento no grupo de estudo em relação ao grupo de controlo com uma diferença média de um a dois dias. De facto os pacientes que tinham sido alvo de intervenções pré-operatórias ficaram significativamente menos tempo em cuidados intensivos após cirurgia. Outro resultado positivo foi observado ao nível da condição física no período pós-operatório. Os pacientes que faziam parte do programa de intervenção, apresentaram melhores condições físicas do que no grupo controlo, facilitando uma recuperação mais rápida e mais promissora</p>
----------------------	-------------	---	--

<p>Dantas e Aguillar</p>	<p>2001</p>	<p>Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: Acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês pós alta hospitalar</p>	<p>Ao nível da caracterização da população constou-se novamente a predominância do sexo masculino (96%). Ao nível da faixa etária (68%) possuíam idades compreendidas entre 50 e 70 anos, (88%) eram casados e (72%) eram da região de São Paulo. Quanto aos aspectos socioeconômicos (68%) eram reformados e mais de (50%) não possuíam a escolaridade mínima obrigatória.</p> <p>As principais complicações pós-cirúrgicas registadas neste estudo foram maioritariamente ao nível da ferida cirúrgica (76%), e terapêutica medicamentosa registada com (28%) da amostra. Complicações com patologias associadas (24%), alterações de humor (20%), alterações do padrão de sono (16%), queixas cardiovasculares (16%), alterações do apetite (8%) e outras alterações: sensibilidade, motricidade, memória, acuidade visual, força muscular (12%).</p> <p>Como conclusões finais para além da identificação das principais complicações pós-cirúrgicas que acometeram o paciente após a sua intervenção. Destaca-se igualmente a importância dos ensinamentos no âmbito da educação para a saúde como forma decisiva na assistência ao doente, resultando na diminuição das complicações no processo de recuperação.</p>
--------------------------	-------------	--	--

<p>Cordeiro</p>	<p>2001</p>	<p>Sistematização da assistência em enfermagem: visita pré-operatória a pacientes submetidos a revascularização do miocárdio</p>	<p>Neste estudo constatou-se uma prevalência do sexo masculino na cirurgia de RM em ambos os grupos, a faixa etária situou-se entre os 57 e 76 anos, a maioria dos sujeitos eram casados também em ambos os grupos com (67%) e cerca de (67%) do total dos indivíduos não possuíam escolaridade obrigatória. Os dias de permanência não sugeriam grande diferença nos grupos, registrando uma média de (9.7) dias de internamento pós-operatório.</p> <p>Em relação ao tempo de hospitalização este carece de estudos pois houve apenas uma diferença de ($p=0,06$) em relação ao grupo B. No entanto poderia sugerir uma influência positiva por parte do enfermeiro</p> <p>Quanto aos sentimentos analisados, não houve diferença significativa em ambos os grupos estudados, exceto no sentimento “angústia” que foi menor no grupo A, do que no grupo B.</p> <p>Como resultados finais evidenciou-se no grupo A, que as orientações fornecidas pelo enfermeiro na sua visita pré-operatória foram essenciais ao gerar no paciente mais segurança e participação no seu processo cirúrgico.</p> <p>A opinião dos pacientes em relação ao enfermeiro foi bastante encorajadora, pois viram a intervenção do enfermeiro como uma contribuição importante na fase pré-operatória, e inevitavelmente um melhor intraoperatório e</p>
-----------------	-------------	--	--

			<p>sobretudo um pós-operatório mais positivo. As informações acerca da anestesia, do despertar, dos posicionamentos de sondas e drenos, apresentaram uma diferença acentuada do que em relação ao grupo B concluído que os pacientes teriam assimilado melhor a indicações por parte dos enfermeiros.</p>
Hannan et al.	2003	Predictors of Readmission for complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery	<p>No total de 16325 indivíduos, 2497 (15%) foram readmitidos após 30 dias à cirurgia de <i>bypass</i> coronário. Destes pacientes, 2111 (84,5%), foram imediatamente reinternados, com o diagnóstico de complicações derivadas de cirurgia coronária. Um total de 58 (2,7%) dos 2111 pacientes faleceu durante essa mesma readmissão. Cerca de 1661 (78,7%) tiveram alta para o domicílio e 247 (11,7%) foram referenciados para uma unidade de recuperação.</p> <p>As complicações mais frequentes de readmissão 30 dias após <i>bypass</i> coronário, foram infecção (28,3%), paragem cardíaca (15,7%), isquemia do miocárdio (7,9%), arritmias, (7,7%) com predomínio de fibrilação auricular.</p> <p>Como conclusões ao nível das características que pudessem prever possíveis complicações e readmissões a curto prazo os autores deste estudo referenciaram essencialmente os pacientes idosos e sexo feminino (como grandes candidatos a reinternamento), pacientes com maior superfície corporal, enfarte agudo do miocárdio prévio, assim como morbilidades</p>

			<p>associadas a várias doenças como por exemplo: a doença vascular periférica, ICC, DPOC, diabetes, insuficiência hepática e diálise.</p> <p>Neste estudo concluiu-se que os reinternamentos 30 dias após cirurgia de bypass coronário é sem dúvida um acontecimento adverso, muito presente, sendo imprescindível mais investigação acerca dos fatores que influenciam estes doentes.</p>
Theobald e McMurray	2004	Coronary Artery Bypass Graft Surgery: discharge planning for sucessfull recovery	<p>Após conclusão das entrevistas na fase 1 e fase 2 foram levantados os dados que deram origem as conclusões e discussão prévia. Os achados deste estudo incidiram principalmente no corte abrupto que a cirurgia causou directamente no paciente e nos familiares que assumiram de imediato o papel de cuidadores informais. De todos os sintomas negativos vivenciados pelos pacientes, o mais desagradável e limitador foi a dor. A dor que era caracterizada pelos pacientes como uma dor torácica, era na maioria citada como pertencente à zona cirúrgica, desconhecendo na maioria dos casos a sua origem ou se seria normal. Muitos desses pacientes afirmaram também, não terem sido informados quanto ao manejo da dor pós-cirúrgica. Outro aspeto de relevo apontado na entrevista foi a referência quanto às modificações físicas. Muitos dos doentes viram a sua capacidade física afetada de uma maneira muito inesperada. Quase metades dos entrevistados referiram complicações, ao nível do sistema urinário, tremores, obstipação,</p>

			<p>pneumonia, infecção de ferida cirúrgica, dificuldades em adormecer, sensações de extrema fadiga e perda de apetite. Outros aspectos significativos foram levantados pelos doentes, nomeadamente em relação ao choque de expectativas. A mudança de hábitos e costumes foram abordadas com um sentimento de frustração traduzido pela incapacidade de retorno à vida normal e em particular á vida profissional. Quanto ao futuro, muitos dos participantes referiram bastantes preocupações devido à incerteza do que se seguiria, apontando algum desconforto psicológico, questionando se voltariam a funcionar corretamente como um todo.</p> <p>A opinião dos cuidadores informais, na sua maioria familiares próximos, também foi alvo de estudo. Foram referidos aspetos menos positivos como ansiedade, <i>stress</i> e sobretudo a irrupção de uma realidade imposta, num assumir de papéis, despoletando profundos desgastes emocionais. Ao nível das estruturas e mecanismos de saúde todos os participantes concordaram que a ajuda e disponibilização de serviços foram adequadas, mencionando que futuramente, a criação de estruturas de apoio com aconselhamento seria uma mais-valia. A existência de uma lacuna no período pós alta continua ainda por explorar, uma adequada planificação baseada na experiencia em pratica clínica pode ajudar imenso esse período crítico, beneficiando</p>
--	--	--	--

			inevitavelmente a recuperação.
Carvalho et al.	2008	Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica	<p>No grupo estudado identificou-se 18 elementos do sexo masculino (78,3%) com idades situadas entre os 51 e os 55 anos, enquanto nas mulheres a faixa etária aumentava para 66 e 70 anos. Cerca de 18 elementos (79%) possuíam estado civil de casados, 79% eram aposentados e 74 % não tinham escolaridade mínima terminada. A nível económico o rendimento mensal não ultrapassava os três ordenados mínimos e todos estavam abrangidos pelo Sistema Nacional de Saúde ou Sistema Único de Saúde tal como é denominado no Brasil.</p> <p>Após recolha de informação dos entrevistados neste estudo concluiu-se que cerca de 57% responderam que receberem indicações orientadoras para alta, 39% não receberam qualquer tipo de orientações, e 4% tiveram orientações apenas durante a hospitalização. Em matéria conclusiva, realça-se que as orientações disponibilizadas ao paciente não seguiram nenhum protocolo, o que não garantiu que todos os pacientes recebessem informações mínimas acerca dos cuidados no domicílio. Outro aspeto foi o facto da inexistência de uma equipa multidisciplinar que integrasse os cuidados oferecidos aos pacientes no período perioperatório, o que explicaria a visão unificada do médico como figura preponderante na experiencia cirurgia. Realça-se ainda o poder comunicativo, como estratégia de bem-estar e de</p>

			segurança do paciente em fase perioperatória assim como a necessidade dos profissionais de enfermagem actuarem ativamente nos processos de cuidados e nas orientações com vista ao auto cuidado
Olarte	2010	Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica	<p>O paciente em pós-operatório de RM é bastante afetado naquilo que é sobretudo o seu espaço vital onde a sua dignidade, liberdade e domínio é inesperadamente abalada. Estes pacientes necessitavam de cuidados físicos secundários à RM mas sobretudo cuidados que atingissem a sua esfera psicossocial.</p> <p>Estas características constituem situações que requerem cuidados de enfermagem durante o processo pós-operatório, com base na qual se identificam os problemas dos pacientes durante a etapa crítica de recuperação, para a partir deles, elaborar planos de cuidados adaptados a cada indivíduo procurando que cada um consiga uma recuperação rápida e positiva. Todos os sentimentos observados fizeram parte do processo de recuperação, no entanto, eram apenas tratados de uma maneira muito parcial pelo enfermeiro. Assim sendo é mandatório a criação de espaços de apoio, onde o paciente possa compartilhar os seus medos e sentimentos, criando uma oportunidade única de deixar o paciente se envolver na sua recuperação. Esta atitude faz parte de uma filosofia de humanização de cuidados onde o enfermeiro deverá ir mais além do que os cuidados físicos</p>

			entendendo de que se trata de um ser biológico, psicológico, social e espiritual.
Wit et al.	2012	Nursing role to improve care to infarct patients and patients undergoing heart surgery: 10 years' experience	Como resultado final de este estudo confirmou-se o contributo significativos dos cuidados de enfermagem especializados em pacientes pós-revascularizados, caracterizando-se como eficientes e eficazes no seu acompanhamento. A qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros também foi analisada, e os resultados foram bastantes claros, os enfermeiros prestam cuidados, a um nível de qualidade elevado, garantindo segurança, confiança e capacidade técnica capaz de igualar os cuidados médicos convencionais e traduzindo-se em menos tempo de hospitalização.

3.2. Análise e discussão

“ (...) Os resultados da investigação enriquecem os conhecimentos sobre o assunto estudado, e é necessário situá-los em relação aos que foram já comunicados nas revistas científicas (...)”. (Fortin,p.477).

A mesma autora comenta (2009,p.478):

“O investigador assegura-se, em primeiro lugar, de que os resultados constituem uma resposta válida às questões de investigação (...)”

Seria de esperar, perante a questão de investigação, que se limitaria à identificação substancial de elementos físicos decorrentes de complicações pós-operatórias na

cirurgia de RM. No entanto, tal não aconteceu. Todos os estudos publicados nos últimos 12 anos referenciam direta ou indiretamente o cuidar holístico e humanizado como forma a dar resposta aos desafios que tem abordado o paciente cirúrgico. A necessidade de envolver o paciente no seu processo de cura permitiu novos caminhos e novas estratégias resultando em claros ganhos no período perioperatório mas em especial no pós-operatório. Os principais pioneiros nesta abordagem tem sido os enfermeiros, e deles resultaram benefícios que ainda não são bem aceites.

Segundo Arthur et al. (2000) o período perioperatório deveria começar logo após a decisão de cirurgia. Esse compasso de espera não deve ser um período onde o doente sofre por antecipação. Os resultados obtidos indicavam que nessa fase os pacientes apresentavam uma forte deterioração física e mental. A aposta passaria então, pelo investimento nesse mesmo período através de intervenções de profissionais qualificados, que fossem capazes de pôr em prática um programa de assistência pré-perioperatória. Esse investimento recairia na preparação das componentes físicas e mentais do doente para cirurgia, fazendo um acompanhamento pertinente, aliviando toda a pressão que é gerada pelos factores de ansiedade e pela imensidão de dúvidas que invadem o espírito destes pacientes. Os profissionais de enfermagem têm aqui um papel contributivo de grande relevo.

No mesmo âmbito, o estudo de Dantas e Aguillar (2001), corrobora o estudo de Arthur et al. (2001) apontando complicações pós-cirúrgicas de relevo que atingem estes doentes durante o primeiro mês.

O primeiro mês de recuperação é particularmente estressante para o doente e família. Eles podem reportar ansiedade, nervosismo, depressão, fadiga, distúrbios no sono, mudanças no apetite, desconforto nas incisões, dificuldades respiratórias e presença de dores na região torácica. Dor e desconfortos nas incisões cirúrgicas, bem como dores musculares nos ombros, costas e pescoço, levam os mesmos a evitarem movimentos respiratórios profundos e se exercitarem fisicamente. (Dantas e Aguillar,2001,p.2).

Neste estudo valorizou-se o acompanhamento de enfermagem no processo perioperatório. O enfermeiro deve ser capaz de prestar cuidados em todas as fases do perioperatório de maneira a minimizar situações menos positivas que possam surgir.

O estudo de Cordeiro (2001) é similar nas conclusões anteriores, destacando-se a influência da visita pré-operatória pelo enfermeiro, nos resultados posteriormente observados em período pós-operatório. Dos benefícios mais relevantes, encontra-se a boa assimilação de informação dos pacientes de todos os aspetos associados à cirurgia. Ficou igualmente pendente a constatação da influência da intervenção perioperatória de enfermagem na redução de permanência hospitalar na fase pós-operatória.

Na pesquisa de Hannan et al. (2003) é possível indagar conclusões que dizem respeito ao papel da enfermagem. Embora não tivesse sido objectivo do autor estudar o contributo do enfermeiro nestes pacientes, não podemos deixar de referenciar alguns pontos importantes que se traduziriam possivelmente em benefícios com ganhos em saúde. A maior complicação registada como motivo readmissão foi infecção, com (28%) 598 dos elementos, o que nos leva a pensar se os ensinamentos realizados teriam sido reforçados e realizados pelos profissionais desenhados para esta situação, os enfermeiros. Este caso não é especificado. Outra situação que poderia ter influenciado a taxa de readmissões seria sem dúvida a aposta em cuidados especializados de enfermagem no período após alta por acompanhamento periódico presencial ou telefónico. Outros dados deste estudo indicam-nos que dos 16.325 mil dos indivíduos totais da amostra, 13.738 (84.2%) foram diretamente para o domicílio, 2065 (17.2%) foram para clínicas de reabilitação cardíaca e que apenas 522 (3.2%) foram referenciados para centros de cuidados especializados de enfermagem. Estas constatações levam-nos a acreditar que existe ainda, em muitas realidades, um subvalorizar dos profissionais de enfermagem que possuem irrefutavelmente todas as ferramentas e competências para colmatar falhas a este nível.

No estudo de Theobald e McMurray (2004) realçou-se todo o impacto psicossocial em pacientes e em cuidadores informais no regressar a casa. Estas pessoas absorveram de maneira agressiva e inesperada uma nova realidade. Neste estudo é possível verificar a importância da informação adquirida no processo de recuperação, e na posição unânime da população da necessidade de estruturas e mecanismos que facultem espaços de apoio e de aconselhamento durante toda a experiência cirúrgica assim como no retomar das actividades normais do indivíduo.

Os estudos seguintes de Carvalho (2008) e Olarte (2010), suportam os estudos supra citados, insistindo na valorização dos ensinamentos perioperatórios, através de uma conduta assente na comunicação eficaz entre paciente, enfermeiro e família. A variante psicológica é abordada no estudo de Olarte, salientando que a atenção de enfermagem deve de recair na tríplice biopsicossocial.

Por fim a constatação da evidência. No estudo de Wit et al. (2012) são cimentadas e validadas as capacidades e competências dos enfermeiros no acompanhamento destes pacientes, confirmando o que Cordeiro (2001) e Arthur (2000) não conseguiram provar por falta de dados substanciais. A influência dos cuidados de enfermagem no tempo de permanência pós-operatória.

We found that nurse practitioners can deliver qualitatively equal care to non-high-risk patients with a recent myocardial infarction as compared with conventional care with a significant decrease in length of stay, and with a similar safety profile at 30-day follow up. (Wit et al., 2012, p.9).

Os resultados foram bastantes claros os enfermeiros prestam cuidados, a um nível de qualidade elevado, garantindo segurança, confiança e capacidade técnica capaz de igualar os cuidados médicos convencionais e traduzindo-se em menos tempo de hospitalização.

IV-CONCLUSÃO

“A conclusão resume as principais etapas seguidas e define a solução de investigação proposta para estudar o problema. (...)” (Fortin,2009,p.148).

Neste estudo os objectivos foram alcançados na medida em que foram identificados as principais complicações pós-cirúrgicas, assim como o contributo dos enfermeiros na atenuação dessa mesma problemática.

Através dos resultados obtidos dos estudos publicados foi possível caracterizar o perfil do doente submetido a RM. São maioritariamente do sexo masculino, as suas idades situam-se entre os 55 e os 70 anos, possuem um nível baixo de escolaridade, inseridos em regime de aposentação e pertencentes na sua maioria a uma classe média baixa.

O historial de doença foi de igual modo identificado por se traduzir num forte indicador de presença de doença coronária. Muitos de estes doentes apresentavam associadas várias patologias tais como: Diabetes; Hipertensão; dependência alcoólica; dependência tabágica; doença vascular periférica; insuficiência hepática e hipercolesterolemia.

Ao nível das principais complicações pós-cirúrgicas destacaram-se então as seguintes por ordem de impacto:

Complicações psicológicas: Medo; ansiedade; angustia; frustração; insegurança, distúrbios de sono; perda de apetite.

Complicações sociais: Isolamento; atraso no retorno á vida profissional; problemas relacionais familiares.

Complicações Físicas: Infecção de ferida cirúrgica; dor; EAM; angina; arritmias; condição física diminuída; infecções pulmonares e infecções urinárias.

De todas as complicações pós-cirúrgicas, isolou-se apenas uma, como sendo a principal causadora da maioria dos distúrbios fisiológicos. O enfoque no fator psíquico surge assim como um aspeto essencial capaz de adivinhar o sucesso/insucesso no doente intervencionado. Este deve ser manejado de uma maneira humanizada e conduzida ao longo de todas as fases perioperatórias. Propõem-se novas atitudes e novas abordagens a este tipo de pacientes, salientando-se um acompanhamento mais precoce e mais tardio á cirurgia. As necessidades físicas, emocionais, relacionais e estruturais entre pacientes e suas famílias, devem de ser atendidas permanentemente através de uma forte planificação, estruturação, organização e reavaliações constantes, não só pelos profissionais de enfermagem mas por toda a equipa multidisciplinar.

Uma comunicação eficiente e eficaz define-se como uma metodologia básica natural, que não deve ser suprimida, mas sim reforçada. A importância relacional e comunicativa entre todos os intervenientes é demonstrada pelo impacto positivo que tem no processo cirúrgico. A envolvimento do doente nos cuidados não só afasta a noção de vulnerabilidade do doente cirúrgico como oferece uma maior sensação de controlo e de participação. Esta dinâmica é, na opinião do autor de este estudo, a chave para os cuidados verdadeiramente humanizados.

Entende-se assim que outros estudos necessitam de ser conduzidos entre pacientes, familiares e profissionais de saúde. As complicações pós-cirúrgicas são uma realidade não só presente no individuo submetido a RM mas em todo tipo de cirurgias, não obstante estão longe de ser uma inevitabilidade e podem ser minorizadas.

Polit et al (2004, p.410) salienta:

Estudos isolados raramente fornecem uma base adequada para a realização de mudanças na prática de enfermagem. Por isso, outra restrição á utilização é a escassez de replicações publicadas.

Na realização deste trabalho de pesquisa é importante identificar as principais dificuldades sentidas pelo autor deste estudo. O factor que mais influenciou foi sem dúvida a inexperiência dentro do campo da investigação, e à limitação de estudos credíveis disponíveis apenas em língua estrangeira.

É com enorme satisfação pessoal que dou como concluído este projecto de graduação, na esperança de ter dado mais um contributo para a comunidade científica e um incentivo para futuras investigações na área clínica a que pertenço. Não será certamente uma obra-prima, mas sim a minha primeira obra.

V-BIBLIOGRAFIA

AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção á realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Hulley, *et alli*. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Artemed.

Goodman, T., Spry, Cynthia. (2013). *Essentials of Perioperative Nursing*. Jones & Bartlett Publishers, Burlington.

Marconi, M. A., Lakatos, E.V. (2008). *Metodologia Científica*. São Paulo, Atlas.

Meeker, M. H., Rothrock, J.C. (1997). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (10ª edição). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan .

Polit, D. F. e Hungler, B. P. (2007). *Investigación científica en ciencias de la salud*.(6º Edição). Mexico, McGraw-Hill Interamericana.

Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ªEdição).Porto Alegre, Artes médicas.

Phipps, W. J., Sands, J. K., Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (Volume II). Loures, Lusociência.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia*. (3ª edição). Porto, Livpsic.

Rothrock, J. C. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª Edição). Loures, Lusodidacta.

Rouviere, H., Delmas, A. (1987). *Anatomia Humana : descritiva, topográfica y funcional*. (9ª Edição). Barcelona, Masson.

Rubin, E. (2006). *Patologia : bases clinicopatológicas da medicina*. (4ª Edição). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Seeley, R. R., Stephens, Tate, P. (1995). *Anatomia e Fisiologia*. (3ª Edição). Loures, Lusodidacta.

Seeley, R. R., Stephens, Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia*. (6ª Edição.) Loures, Lusodidacta.

Smeltzer, S. C., Bare, B.G. (1998). *Enfermeria Medicoquirúrgica*. (8ª Edição). México, Mcgraw-Hill Interamericana.

Smeltzer, S. C., Bare, B.G. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Streubert, H. J., Carpenter, D.R. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª Edição). Loures, Lusociência.

- WEBGRAFIA

Arthur, H. M., et alli. (2000). *Effect of a Preoperative Intervention on Preoperative and Postoperative Outcomes in Low-Risk Patients Awaiting Elective Coronary Artery*

Bypass Graft Surgery. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10929164>> [Consultado em 21/07/2013]

Carvalho, A. R. S., *et alli.* (2008). *Investigando as orientações ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica.* [Em linha] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a21.pdf> [Consultado em 25/07/2013]

Carvalho, A. R. S., *et alli.* (2006). *Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica.* [Em linha] Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5111/3326>> [Consultado em 24/07/2013]

Cheng, T. O. (2003). *First Selective Coronary Arteriogram: American Heart Association.* [Em linha] Disponível em <http://circ.ahajournals.org/content/107/5/e42.full.pdf+html> [Consultado em 21/07/2013]

Cordeiro, C. F. N. (2001). *Sistematização da assistência em enfermagem: visita pré-operatória a pacientes submetidos a revascularização do miocárdio.* [Em linha] Disponível em <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000272458>> [Consultado em 25/07/2013]

Dantas, R. A. S., Aguillar, O.M. (2001). *Problemas na recuperação de pacientes submetidos á cirurgia de revascularização do miocárdio: O acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após alta hospitalar.* [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7823.pdf>> [Consultado em 20/07/2013]

Wijns, W.,*et alli.*(2010). *Guidelines on myocardial revascularization.* [Em linha] Disponível em <<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinesdocuments/guidelines-revasc-ft.pdf>> [Consultado em 18/07/2013]

Hannan, E. L., *et alli.* (2003). *Predictors of readmission for complications of coronary artery bypass graft surgery.* [Em linha] Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12915430>> [Consultado em 21/07/2013]

Hernández, K. M., *et alli.* (1996). *Complicaciones trans y posoperatorias inmediatas en la cirugía de revascularización coronaria.* [Em linha] Disponível em <http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol10_1_96/car02196.htm [Consultado em 21/07/2013]

Gasperi, P., Radunz, V., Prado, M. L. (2006). *Procurando reeducar hábitos e costumes: O processo de cuidar da enfermagem no pré e pós operatórios de cirurgia cardíaca.* [Em linha] Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/7312/5244>> [Consultado em 20/07/2013]

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ufp.pt/docs/Manual-Estilo-Elabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>>. [Consultado em 03/07/2013]

Martín, J. J. A. *et alli.* (2005). *Indicaciones de revascularización: aspectos clínicos.* [Em linha] Disponível em <<http://zl.elsevier.es/es/buscar?txtBuscador=Indicaciones%20de%20revascularizaci%C3%B3n:%20aspectos%20cl%C3%ADnicos&cmbBuscador=all>> [Consultado em 25/07/2013]

Martin, C. G., Turkelson, S.L. (2006). *Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting.* . [Em linha] Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16601527>> [Consultado em 28/07/2013]

Olarte, C. A. (2010). *Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica.* [Em linha] Disponível em <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_13.pdf> [Consultado em 29/07/2013]

Wit, M. A., *et alli*. (2012). *Nursing role to improve care to infarct patients and patients undergoing heart surgery: 10 years' experience*. [Em linha] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3247632/pdf/12471_2011_Article_225.pdf> [Consultado em 29/07/2013]

Thomas, J. L. (1999). *The Vineberg legacy: internal mammary artery implantation from inception to obsolescence*. [Em linha] Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10397432>> [Consultado em 20/07/2013]

Theobald, K., McMurrey, A. (2004). *Coronary Artery Bypass Graft Surgery: discharge planning for successful recovery*. [Em linha] Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15312111>> [Consultado em 28/07/2013]

Vargas, T.V.P., Maia, E.M., Dantas, R.A.S. (2006). *Sentimentos de Pacientes no Pré-operatório de Cirurgia Cardíaca*. [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf> [Consultado em 20/07/2013]

ANEXOS

Anexo 1
Cronograma

Anexo 1.- Cronograma.

	Julho 2013	Agosto 2013	Setembro 2013	Outubro 2013	Novembro 2013
Escolha do Tema					
Escolha do Orientador					
Pesquisa Bibliográfica					
Realização da Fase Conceptual					
Realização da Fase Metodológica					
Realização da Fase Empírica					
Conclusão do Trabalho					
Entrega do Trabalho					
Apresentação do Projecto					