

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE-FARN

GUACYRA RÉGIA DE SOUZA LOPES VASCONCELOS

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA
CARDIACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

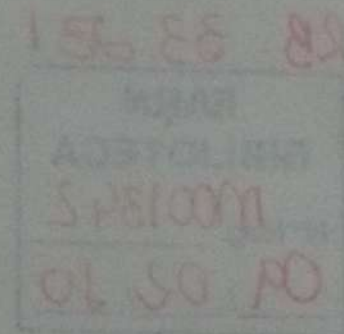
GUACYRA RÉGIA DE SOUZA LOPES VASCONCELOS

**O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA
CARDIACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCARDIO**

Monografia apresentada ao curso de graduação de enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito para obtenção do título de enfermeira.

Orientadora: Maria Cléia de Oliveira Viana (Msc).

NATAL/RN
2009



FARN

QUATRO REA DE SOUZA LOPES VASCOZU 02

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA
CARDIACA E REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Monografia apresentada ao curso de graduação
de enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde
Desenvolvimento do Rio Grande do Sul
(FARN) como requisito para obtenção do título
de enfermeiro.
Orientador: Maria Cláudia de Oliveira Viana (MSc)

RB. 33.231

FARN
BIBLIOTECA
0001342
Nº Reg. 09, 02, 10

616.89

V447e

2009

ex 01

1002
NATALIA

GUACYRA RÉGIA DE SOUZA LOPES VASCONCELOS

Monografia, O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DA CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, aprovada como requisito para obtenção do título de enfermeira da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN).

Aprovado em: _____, _____, _____.

Banca examinadora (orientador)

Banca examinadora

Banca examinadora

DEDICATÓRIA

A Deus, pelo dom da minha vida, por iluminar e guiar sempre meus caminhos.

A Deus devo minha vida e todas as vitórias alcançadas, em especial, a minha formação profissional. A ti senhor, rendo glórias!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Nilda e Luizinho, que me deram a vida e com ela os ensinamentos para administrá-la com sabedoria e dignidade, e que, em muitos momentos abdicaram de seus sonhos para realizarem os meus, minha eterna gratidão! Tudo o que sou devo especialmente a vocês. Obrigada por tudo!

Ao meu esposo João de Lemos, que sempre me apoiou, incentivou e me ajudou em todos os momentos da minha jornada, sempre com muita dedicação e amor. Amo-te! Muito abrigada por tudo!

Aos meus queridos filhos, Marcus Vinícius e João Victor, por fazerem meus dias ficarem mais alegres e coloridos! Vocês são uma benção de Deus. Mãezinha ama muito vocês.

Aos meus irmãos Mary Gleice e Luiz Júnior, por existirem e fazerem parte da minha vida.

A minha orientadora professora mestra Maria Cléia de Oliveira Viana, por ter me aceitado como orientanda, pela paciência e dedicação, compartilhando sempre seus conhecimentos e experiências. Toda minha gratidão! Sempre guardarei comigo o seu exemplo de uma educadora fiel, dedicada e acima de tudo humana. Obrigada por tudo, que Deus lhe ilumine sempre!

A bibliotecária da FARN Maria Luzia Alexandre de Oliveira, por ter contribuído significativamente com muito carinho e disposição na concretização deste trabalho. Meus sinceros agradecimentos, obrigada de coração!

Aos meus colegas de turma, apesar de nossas divergências; sempre presentes. Valeu galera!

Ao corpo docente, aos preceptores de campos de estágio e a coordenação do curso de enfermagem da FARN, pelo imensurável apoio e ensinamentos nesta longa

caminhada, sem o qual, a realização de nossos sonhos não seria possível. A todos o meu muitíssimo obrigada!

Em especial, aos pacientes e as equipes de enfermagem dos campos de estágio pelos quais passamos, que nos acolheram sempre com muito carinho, dedicação e respeito.

QUEM QUISER VENCER NA VIDA, DEVE FAZER COMO OS SÁBIOS:

RESUMO

Este livro trata da vida dos sábios, que são aqueles que sabem viver bem. Eles sabem lidar com as dificuldades da vida, e sabem aproveitar as oportunidades. Eles sabem ser felizes, e sabem ensinar os outros a ser felizes. Este livro é uma coleção de histórias e ensinamentos dos sábios de todas as épocas e lugares. É um livro que todos devem ler, e que todos devem aplicar na sua vida. Este livro é uma obra-prima da literatura, e é uma das melhores coisas que já foram escritas. É um livro que todos devem ter em sua biblioteca, e que todos devem ler com atenção. Este livro é uma obra de arte, e é uma das coisas mais belas que já foram criadas. É um livro que todos devem ler, e que todos devem amar. Este livro é uma obra de Deus, e é uma das coisas mais maravilhosas que já foram criadas. É um livro que todos devem ler, e que todos devem agradecer a Deus por ter nos dado.

Palavras-chave: Sábios, vida, felicidade, ensinamentos, histórias, literatura, arte, Deus, maravilha, agradecer.

"Quem quiser vencer na vida, deve fazer como os sábios: mesmo com a alma partida, ter um sorriso nos lábios".

(DINAMOR)

GUACYRA RÉGIA DE SOUZA LOPES VASCONCELOS

RESUMO

O presente estudo monográfico tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a assistência de enfermagem ao paciente pré e pós-operatório de cirurgia de Revascularização do Miocárdio. A opção por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca deve-se, particularmente, a estigmatização do órgão afetado (coração – órgão vital) e sua associação à vida e à morte, à complexidade e ao porte da cirurgia, a necessidade de preparar bem o paciente no físico e emocional e a sua recuperação pós-operatória que é crítica e lenta. Procurou-se realizar um estudo sobre a assistência de enfermagem e o referencial teórico foi fundamentado na assistência prestada a este tipo de paciente. A metodologia da pesquisa é de revisão bibliográfica, os dados foram coletados através de artigos publicados em revistas e sites acadêmicos, livros, monografias e teses referentes ao tema da pesquisa, com a finalidade de buscar entendimento e subsídio sobre a assistência de enfermagem a pacientes que necessitam submeter-se a este tipo de cirurgia. Esta prática possibilitou um maior conhecimento sobre o tema em estudo, bem como, um aprofundamento teórico do conteúdo pesquisado. Espera-se que este estudo científico possa contribuir para uma atuação de enfermagem sistematizada na assistência de enfermagem aos pacientes no pré e pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio, proporcionando a estes pacientes um atendimento de maior qualidade e acima de tudo mais humanizado.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Coração. Pré e pós-operatório. Humanização.

GUACYRA RÉGIA DE SOUZA LOPES VASCONCELOS

ABSTRACT

This monographic study aimed to review literature on the nursing care to patients pre-and post-operative coronary artery bypass grafting. The option for patients undergoing cardiac surgery is due, in particular, stigmatization of the affected organ (heart - vital organ) and its association with life and death, the complexity and scope of the surgery, the need to prepare the patient and the physical and emotional and their postoperative recovery that is critical and slow. Tried to conduct a study on nursing care and the theoretical framework was based on the assistance given to this type of patient. The research methodology is a literature review and the data were collected through published articles and books on the subject of research, in order to seek understanding and benefit of nursing care to patients who need to undergo this type of surgery. This practice enabled a better understanding of the topic under study, as well as a deeper theoretical coteúdo searched. It is hoped that this research study may contribute to a nursing performance more committed to nursing care to patients before and after surgery for coronary artery bypass surgery, giving this patient a better quality service and above all more humane .

Keywords: Nursing care. coronary artery bypass grafting. Heart. Pre-and post-operative and humanization.

LISTA DE SIGLAS

CO₂ – Concentração De Gás Carbono
DAC – Doença Artéria Coronariana
ECG – Eletrocardiograma
FARN – Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
INC – Instituto Nacional de Cardiologia
RVM – Revascularização do Miocárdio
SpO₂ – Saturação de Oxigênio
SVO₂ – Ventilação
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
CEC – Circulação Extra Corpórea
PE – Processo de Enfermagem
RG – Registro Geral
DM – Diabetes Mellitos
NANDA – North American Nursing Diagnoses Association
FO – Ferida Operatória
ASA – Assistência sistematizada de anestesiologia
O₂ – Oxigênio
SVD – Sonda Vesical de Demora
P. ex – Por exemplo
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
PA – Pressão Arterial
P – Pulso
R – Respiração
T – Temperatura Corporal
K – Potássio
Na – Sódio
Ca – Cálcio
Mg – magnésio
AVC – Acesso Venoso Central

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivo Específico	16
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 DOENÇA ARTÉRIA CORONARIANA (DAC)	19
2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	21
2.3 CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (RVM)	24
2.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	27
2.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	34
2.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	43
3 METODOLOGIA	45
4 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência, portanto se desenvolveu ao longo das décadas, numa estreita relação com a história. Constituiu-se como uma profissão com um papel espetacular, na medida em que buscamos promover o bem-estar ao ser humano e uma melhor qualidade de vida aos nossos pacientes.

A comunicação dentro do processo de enfermagem, passa a ser a ferramenta principal da enfermagem visto que, a equipe hoje está inserida em todos os contextos da prestação dos cuidados de saúde, envolvida com a promoção, prevenção, ensino e educação. Essa assistência deve ser realizada de forma individualizada assistindo o paciente em todas as suas necessidades, buscando também integrar a família a esse cuidado.

A relevância do processo da comunicação entre a equipe de enfermagem é de grande relevância, visto que a ação de cuidar, contribuindo para a preservação e a restauração da saúde do indivíduo e família, depende de como a equipe de enfermagem consegue transmitir sua mensagem. A busca pela qualidade dos serviços prestados, através da sistematização de ações pela equipe de enfermagem leva-nos a perceber o que seria realmente importante na avaliação do indicador desta qualidade dentro da assistência de enfermagem.

O processo de enfermagem ao paciente que se submete a cirurgia cardíaca, em especial a Revascularização do Miocárdio, requer do enfermeiro e de todos os profissionais de enfermagem, um processo planejado, sistematizado e contínuo, objetivando o atendimento às necessidades do paciente visto de modo global (MAIA, 2008).

Os pacientes da cirurgia cardíaca apresentam muitos medos e ansiedades, os quais, muitas vezes vêm a interferir na sua recuperação, uma vez que, o paradigma da associação do coração com a vida e a morte intensifica as necessidades emocionais e psicológicas destes pacientes. A intervenção cirúrgica é considerada como um momento de crise para o paciente e quando este tratamento cirúrgico se faz necessário, as reações psicológicas do paciente são exacerbadas, pois terá de enfrentar o desconhecido, e se sentirá muito próximo da morte, gerando medo e insegurança (BLAZIN, 2001).

A enfermagem, sendo uma profissão humanística e o enfermeiro como detentor de conhecimento científico, tem como meta compreender o paciente, na perspectiva de diminuir a angústia que faz parte da existência humana e que transcende ao cotidiano através do medo levando assim a uma assistência humanizada dentro do processo de enfermagem (BLAZIN, 2001).

Horta (1979, p.5) em toda sua sabedoria define muito bem o ser enfermeiro quando relata:

Transcender o Ser-Enfermeiro é ir além da obrigação, do "ter o que fazer". É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver (sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. Esta transcendência assume um caráter mais importante no binômio vida-morte. Ajudar a vir ao mundo um novo ser, nele ver todo o potencial que se desenvolverá, o mistério da vida, é transcendental. A morte, fim inevitável de todos nós, é a ocasião única para a transcendência do Ser-Enfermeiro, no exato momento em que ajuda outro ser a crescer e se autotranscender na passagem para outra vida, da qual, pouco ou nada sabemos, mas que, com a ajuda do Ser-Enfermeiro, o ser humano suporta sem temor, em paz, com segurança. Obter este resultado leva o Ser-Enfermeiro aos píncaros da transcendência do Ser-Enfermeiro. É uma experiência única e que jamais se repete por igual.

Analisando a tecnologia e a humanização, observa-se que estas possuem características distintas, mas se faz necessário o uso de ambas para que o resultado do atendimento seja satisfatório por parte dos pacientes. Baseado nestas afirmações percebe-se que a humanização na enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa, não se pode aplicar a tecnologia nas ações da enfermagem sem que a humanização esteja presente (CARRARO, 2000).

Para Oliveira (2001, p. 35):

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Ainda Vila e Rossi (2002, p. 20) referem que a:

Humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana [...].

Ainda, de acordo com a Declaração Universal Dos Direitos Humanos (2003, p. 10),

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, não sendo necessário ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem estar do outro.

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução n.º240/2000, estabelece que,

O profissional da enfermagem respeita a vida a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, a discriminação de qualquer natureza, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade (COFEN, 2000, p. 35).

Segundo Horta (1979, p.3):

O Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente.

Com o avanço da cardiologia e das doenças cardiovasculares gerou-se maior desenvolvimento e expansão dos cuidados de enfermagem a pacientes que se encontram no período pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca. Os cuidados de enfermagem passaram a ser fundamental para a promoção da recuperação destes pacientes. Diante deste contexto, a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo novas alternativas de assistência, desenvolvendo uma

metodologia própria de trabalho, fundamentada no método científico, isto é, fundamentada no processo de enfermagem. Atualmente, o processo de enfermagem está descrito em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (REVISTAS LATINO-AMERICANAS DE ENFERMAGEM, 2002).

Mediante a complexidade que envolve a cirurgia cardíaca, o estudo será fundamentado na cirurgia de Revascularização do Miocárdio, onde, esta pesquisa será contextualizada de maneira holística. Diante deste contexto a assistência pré e pós-operatória deve ser individualizada, contínua e planejada, compreendendo o paciente em todas as suas fases, pré e pós-operatório.

Os cuidados dispensados ao paciente durante as fases da sua experiência cirúrgica precisam de continuidade e integração. No pré-operatório, o enfermeiro prepara o paciente e seus familiares para, providencia os exames complementares e realiza as avaliações preparatórias para a cirurgia. Durante o pós-operatório, a ação do enfermeiro é promover a estabilidade física do paciente e adotar medidas que ajudem ao paciente ter uma reabilitação da melhor maneira possível. E é através destes parâmetros que o processo de enfermagem é estabelecido (POTTER ; PERRY, 2005).

Segundo Hudak e Gallo (1997, p.43):

A atenção, a confiança e apoio desenvolvidos entre o enfermeiro constituem o fundamento do vínculo enfermeiro/paciente. Nenhum outro profissional de saúde tem as oportunidades consistentes e freqüentes de interagir com o paciente dentro dessa mesma estrutura. Nenhuma outra estrutura de interação pode oferecer uma fonte mais potente de apoio: um fundamento profissional, instruído e uma aceitação humana, atenciosa como uma pessoa de valor e dignidade.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão literária, na forma de pesquisa científica, a assistência de enfermagem mediante o processo de enfermagem, no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Relatar e ilustrar a doença artéria coronariana;
- Definir e esclarecer o infarto agudo do miocárdio;
- Definir e demonstrar como procede a cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio;
- Definir o Processo de enfermagem;
- Demonstrar e articular o processo de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se faz necessário devido à complexidade da assistência de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca de Revascularização do miocárdio. O enfermeiro deve estar capacitado para prestar a assistência apropriada a esse paciente, visando promover a continuidade da assistência de enfermagem.

A temática do processo de enfermagem sempre despertou-me interesse pelo cuidado sistematizado da assistência direcionado a pessoas submetidas às cirurgias cardíacas, em especial, a Revascularização do Miocárdio. Tal interesse intensificou-se a partir do meu contato como técnica de enfermagem com pacientes no trans-operatório de cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio em um hospital de referência em doenças cardíacas. Isto fez crescer o envolvimento e perceber a importância do cuidado de enfermagem e, deste modo, do conhecimento das necessidades do paciente nas fases pré e pós-operatória de Revascularização do Miocárdio, para, a partir daí, planejar intervenções capazes de prestar assistência de qualidade aos nossos pacientes.

Para o pré-operatório, visa, conhecer o paciente, suas necessidades, estabelecer uma relação enfermeiro-paciente, além de identificar o potencial de complicação;

No período pós-operatório visa, identificar fatores de risco, sinais e sintomas que necessita de uma assistência de enfermagem sistematizada.

Torna-se fundamental o desenvolvimento e a divulgação de estudos direcionados ao tema da monografia, com o intuito de direcionar o raciocínio dentro de uma base de conhecimentos, permitindo uma análise em profundidade dos problemas do paciente que demandam ações específicas e altamente complexas de enfermagem, contribuindo assim, para o desenvolvimento científico do enfermeiro (GALDEANO; ROSSI, 2002).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇA ARTÉRIA CORONARIANA (DAC)

O coração é um músculo que se contrai sob condições adequadas. As células que formam o coração, os miócitos, ao se contraírem forçam o sangue a percorrer todo o corpo através de uma espécie de "árvore circulatória" ou rede de vasos sanguíneos. Para esta função, o coração necessita de uma grande quantidade de energia e nutrientes, que é suprida por vasos sanguíneos próprios, que são a artéria coronária direita, artéria coronária esquerda e artéria descendente anterior esquerda (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2003).

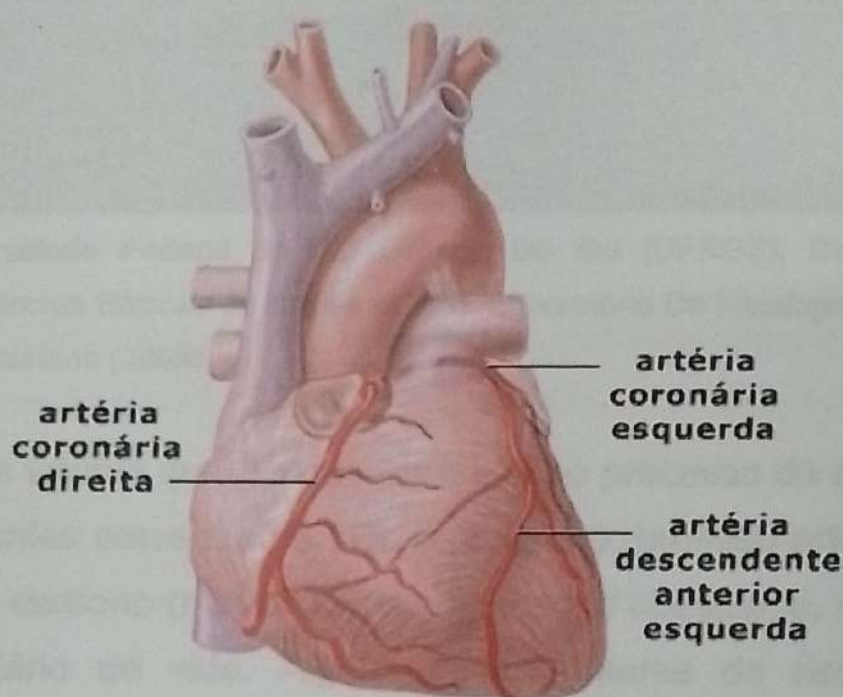


Fig.1.: Instituto Nacional de Cardiologia. Artérias coronárias e descendentes (2003).

A aterosclerose coronariana são formações de placas de gordura ou ateromas (trombos) nas paredes das artérias do coração que causam estreitamento luminal da árvore arterial coronária e, muitas vezes oclusão total da artéria. Dentro de suas manifestações clínicas produzem sintomas e complicações de acordo com a localização e o grau de estreitamento da luz arterial, formação do trombo e a obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Esse comprometimento do fluxo sanguíneo ao miocárdio causa um suprimento sanguíneo insuficiente, o

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇA ARTÉRIA CORONARIANA (DAC)

O coração é um músculo que se contrai sob condições adequadas. As células que formam o coração, os miócitos, ao se contraírem forçam o sangue a percorrer todo o corpo através de uma espécie de “árvore circulatória” ou rede de vasos sanguíneos. Para esta função, o coração necessita de uma grande quantidade de energia e nutrientes, que é suprida por vasos sanguíneos próprios, que são a artéria coronária direita, artéria coronária esquerda e artéria descendente anterior esquerda (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2003).

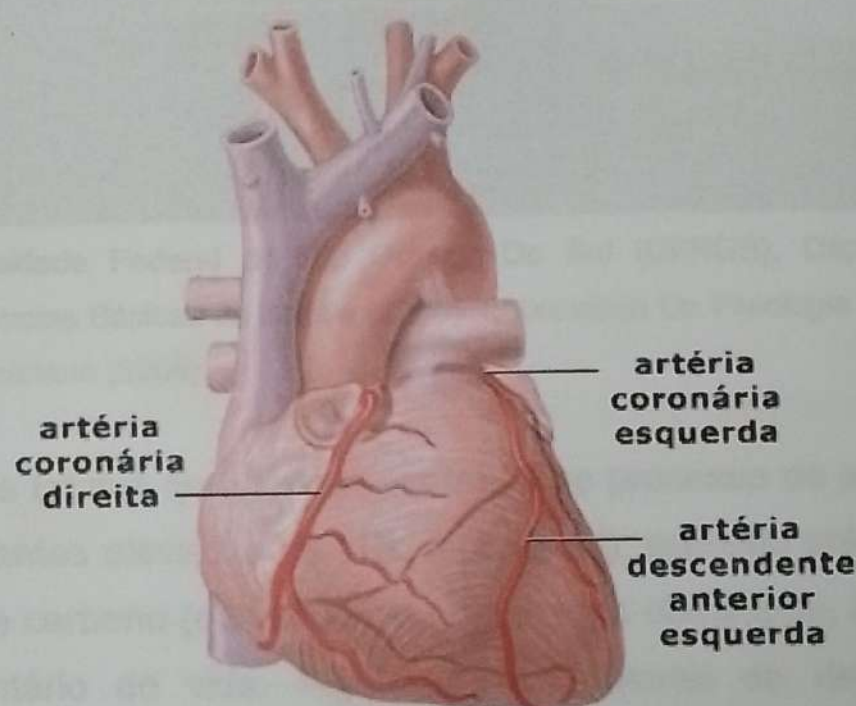


Fig.1.: Instituto Nacional de Cardiologia. Artérias coronárias e descendentes (2003).

A aterosclerose coronariana são formações de placas de gordura ou ateromas (trombos) nas paredes das artérias do coração que causam estreitamento luminal da árvore arterial coronária e, muitas vezes oclusão total da artéria. Dentro de suas manifestações clínicas produzem sintomas e complicações de acordo com a localização e o grau de estreitamento da luz arterial, formação do trombo e a obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Esse comprometimento do fluxo sanguíneo ao miocárdio causa um suprimento sanguíneo insuficiente, o

qual, priva as células musculares cardíacas do oxigênio necessário para sua sobrevivência causando a morte das células do miocárdio tornando assim lesões irreversíveis conhecidas como isquemia, levando à morte cardíaca súbita ou a um infarto agudo do miocárdio (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

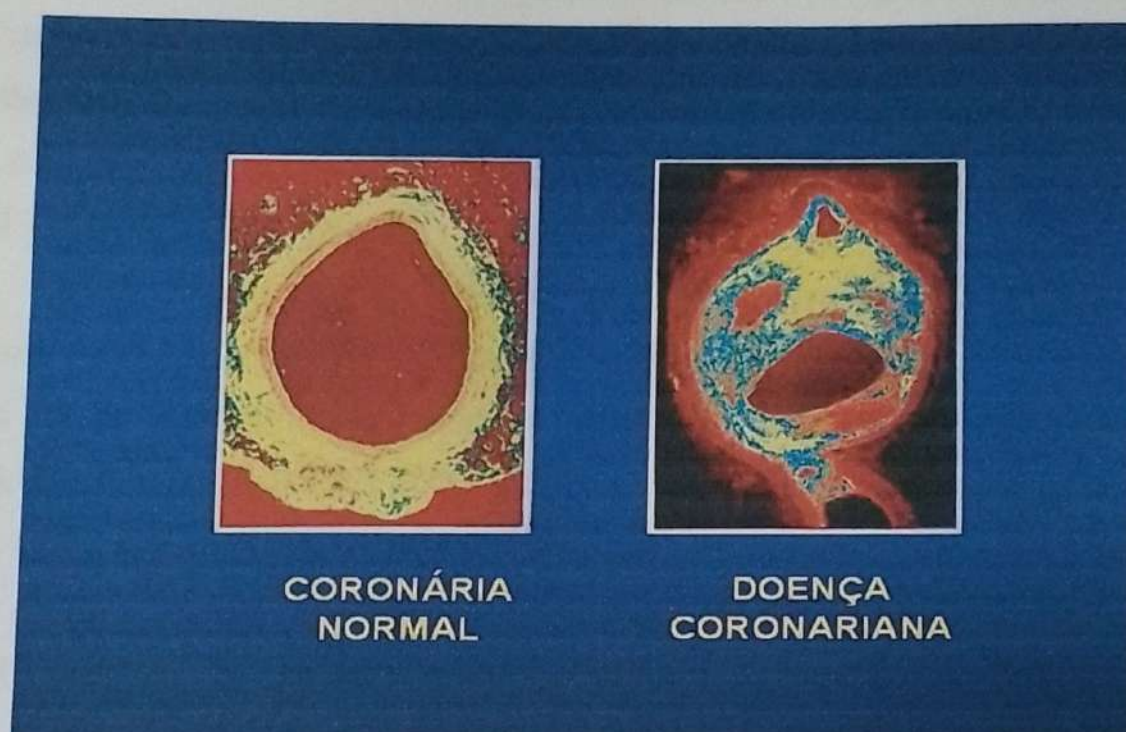


Fig.2.: Universidade Federal do Rio Grande Do Sul (UFRGS), Departamento de Fisiologia, Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS), Laboratório De Fisiologia Celular. Coronária normal e doença coronariana (2009).

Os fatores que podem dar início ao processo de aterosclerose, incluem, níveis circulantes elevados de LDL (colesterol), pressão arterial elevada (HAS), o monóxido de carbono (na fumaça do cigarro), a obesidade, o diabetes mellitus e o estilo sedentário de vida. Alguns destes fatores de risco para a DAC são modificáveis, isto é, podem ser alterados com mudança de dieta e de hábitos, ou podem ser controlados através de terapias medicamentosas (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

Como a doença não para de progredir, se não tomar uma providência para “aliviar” o fluxo sanguíneo a morte do tecido é uma questão de tempo. Por isso, existem várias técnicas cardiológicas utilizadas para tratar a aterosclerose, que podem ser, cirúrgicas (como as pontes ou bypasses - RVM) e os procedimentos intervencionistas (método de cateterismo não-cirúrgico) (LABORATÓRIO DE FISILOGIA CELULAR, 2009).

“O restabelecimento do fluxo é crucial para a recuperação dos miócitos reversivelmente lesados. Portanto, quanto mais depressa o fluxo é restabelecido, maior a proporção de miócitos e conseqüentemente de miócitos preservados” (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008, p.276).

A Doença da Artéria Coronariana (DAC) é o tipo mais prevalente de doença cardiovascular. No entanto, é importante que o enfermeiro se familiarize com os diversos tipos de condições das artérias coronárias e com os métodos para avaliar, prevenir e tratar esses distúrbios por meios clínicos e cirúrgicos (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

Diante do processo da Doença Artéria Coronariana (DAC), quanto mais tempo permanecer a oclusão na luz do vaso sanguíneo, maior a extensão de miocárdio comprometido. Configura-se então o quadro de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

2.2 INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IMA)

O Infarto Agudo do Miocárdio é o processo pelo qual as áreas de células no coração são destruídas de maneira permanente. O Infarto Agudo do Miocárdio é usualmente causado por fluxo sanguíneo reduzido em uma artéria coronária devido à aterosclerose e oclusão de uma artéria por um êmbolo ou trombo (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

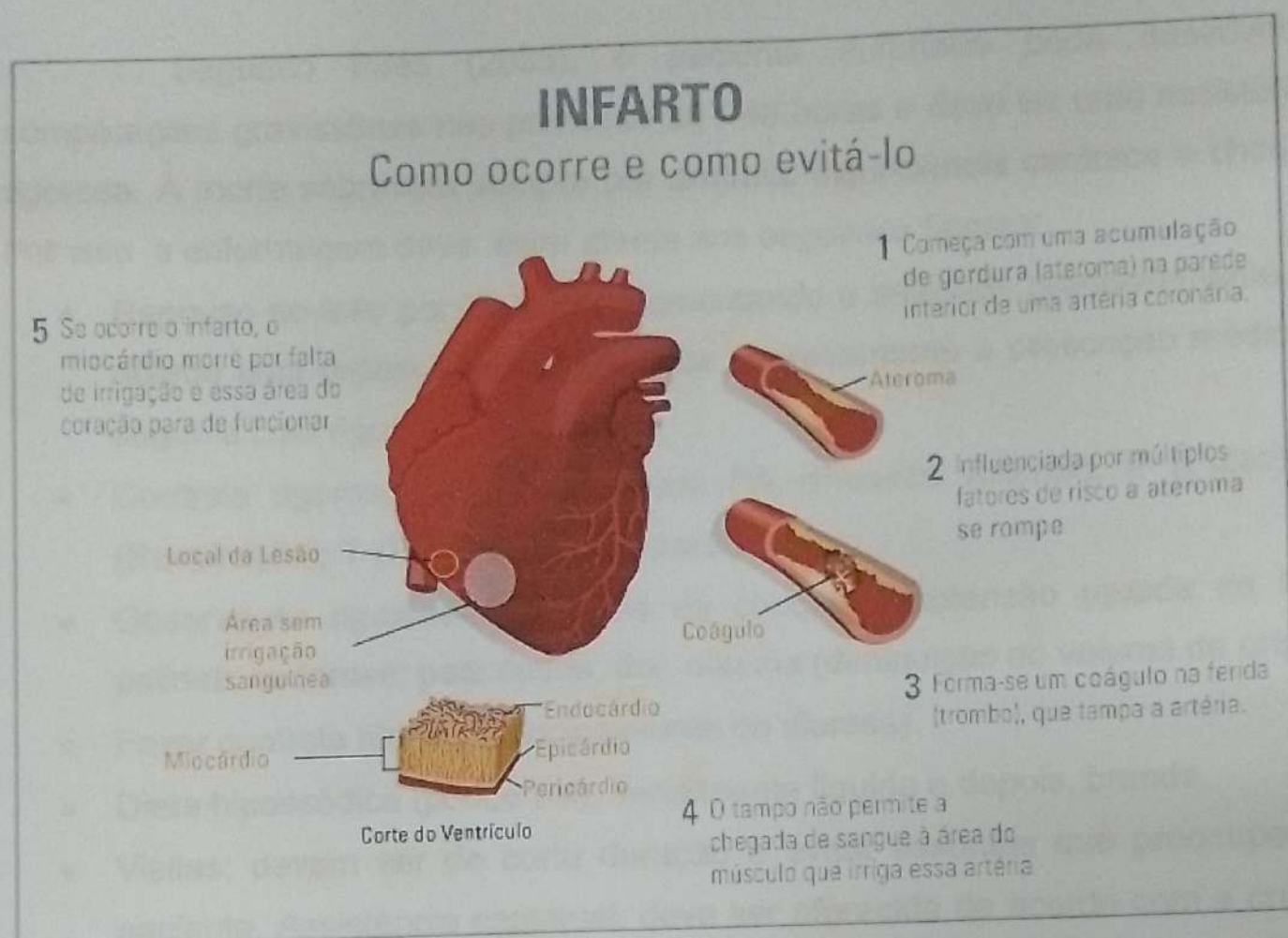


Fig.3.: Google acadêmico. Foto de um coração enfartado: o que causa um infarto?. Foto-595x443-83k.

O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio geralmente se baseia nos sintomas apresentados, no ECG e nos resultados dos exames laboratoriais. O seu prognóstico depende da gravidade da obstrução da artéria coronária e da extensão da lesão miocárdica. O exame físico sempre é realizado, mas o exame isolado é insuficiente para a confirmação do diagnóstico (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

O enfermeiro deve estar atento e ter conhecimentos das manifestações clínicas do Infarto Agudo do Miocárdio, para melhor conduzir uma situação de infarto, proporcionando ao paciente uma assistência eficiente e prepará-lo para um possível procedimento de emergência ou até mesmo a cirurgia cardíaca. O sintoma mais importante e típico do Infarto Agudo do Miocárdio é a dor ou desconforto intenso retroesternal (atrás do osso esterno) que é muitas vezes referida como aperto, opressão, peso ou queimação, podendo irradiar-se para pescoço, mandíbula, membros superiores e dorso. Frequentemente esses sintomas são acompanhados por náuseas, vômitos, sudorese, palidez e sensação de morte iminente. A duração é caracteristicamente superior a 20 minutos (NETTINA, 2003).

Segundo Pires (2005), o paciente enfartado pode desenvolver complicações gravíssimas nas primeiras 24 / 48 horas e deve ter uma assistência rigorosa. A morte sobrevém sempre por arritmia, insuficiência cardíaca e choque. Por isso a enfermagem deve estar atenta aos seguintes fatores:

- Repouso no leito por 72 horas, aumentando a atividade gradativamente, de acordo com ordem médica. Executar rigorosamente a prescrição médica e segui-la com rigor.
- Controle rigoroso dos sinais vitais: PA (Pressão Arterial); P (Pulso); R (Respiração); T (Temperatura corporal).
- Observação rigorosa dos sinais de choque: hipotensão (queda da PA); palidez; sudorese; pele úmida; dor; oligúria (diminuição do volume da urina).
- Fazer controle hídrico (principalmente da diurese).
- Dieta hipossódica (pouco sal), inicialmente líquida e depois, branda.
- Visitas: devem ser de curta duração e evitar assuntos que preocupem o paciente. Assistência espiritual: deve ser oferecida de acordo com a crença do paciente. Educação e conscientização do paciente para a importância de tomar os medicamentos na hora certa.
- Educação e conscientização dos familiares utilizando-se de palavras simples. Observar se os familiares estão compreendendo bem as instruções com relação à dieta, medicamentos e comportamento em frente ao doente, evitando levar-lhe aborrecimentos com os problemas caseiros.

2.3 CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (RVM)

De acordo com o Instituto Nacional de Cardiologia (2003) a reconstrução cirúrgica de artérias obstruídas iniciou-se por volta de 1960. A finalidade da operação de Revascularização do Miocárdio, também conhecida como ponte safena é restaurar o suprimento de sangue ao músculo cardíaco, criando uma nova rota que contorna a área bloqueada da artéria coronária doente.

A veia safena é o mais utilizado para a construção desse novo percurso. Também se usa a artéria radial e a artéria mamária interna esquerda, que é até mais resistente à deposição aterosclerótica que as próprias coronárias. Os

enxertos cumprem a função de fornecer ao músculo cardíaco o suprimento de sangue necessário à função contrátil (INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 2003).

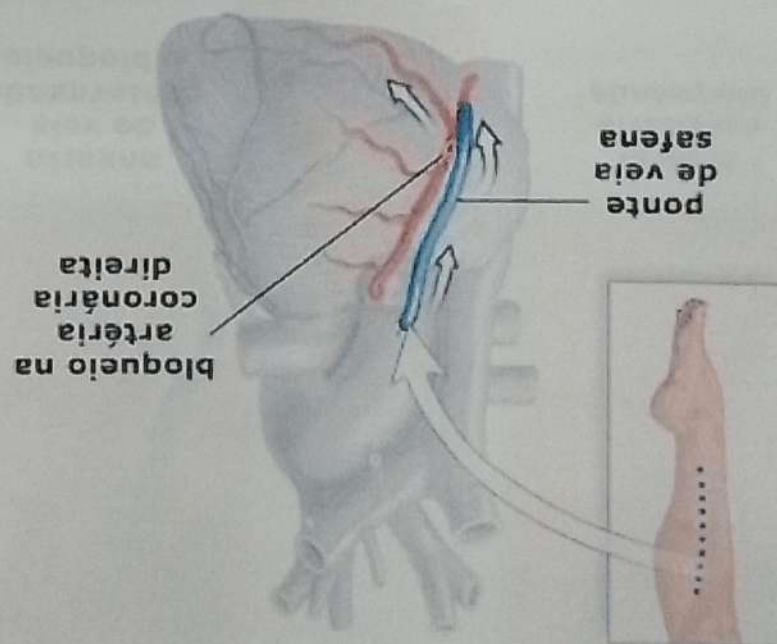


Fig.4.: Instituto Nacional de Cardiologia. Enxerto da veia safena (2003).

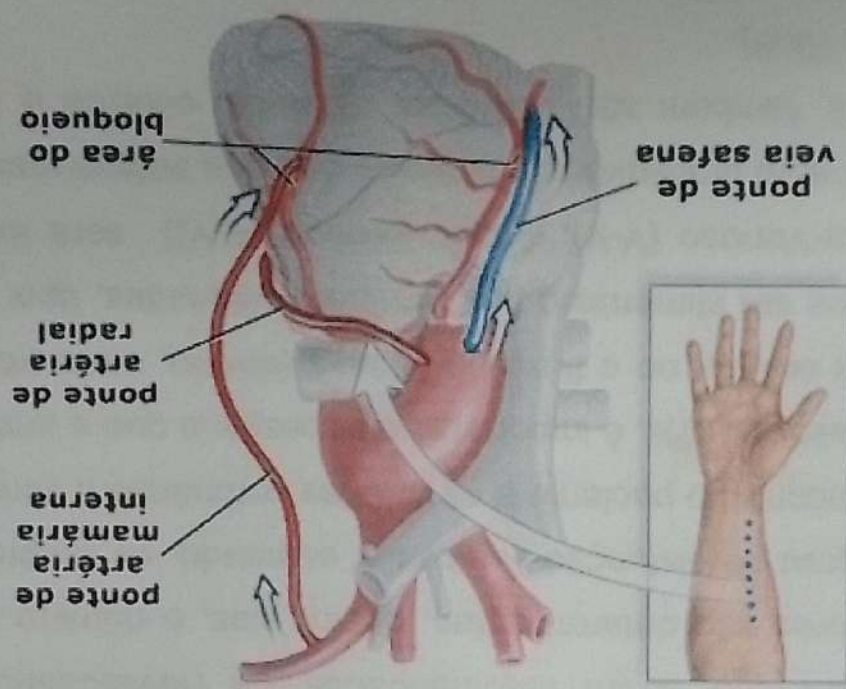


Fig.5.: Instituto Nacional de Cardiologia. Enxerto da veia safena, artéria mamária interna e artéria radial (2003).

A cirurgia de Revascularização do Miocárdio cria um novo percurso para o fluxo sanguíneo, onde, um vaso sanguíneo é enxertado na artéria coronária

ocluída, de modo que o sangue possa fluir além da oclusão, podendo ser chamado de enxerto de bypass (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

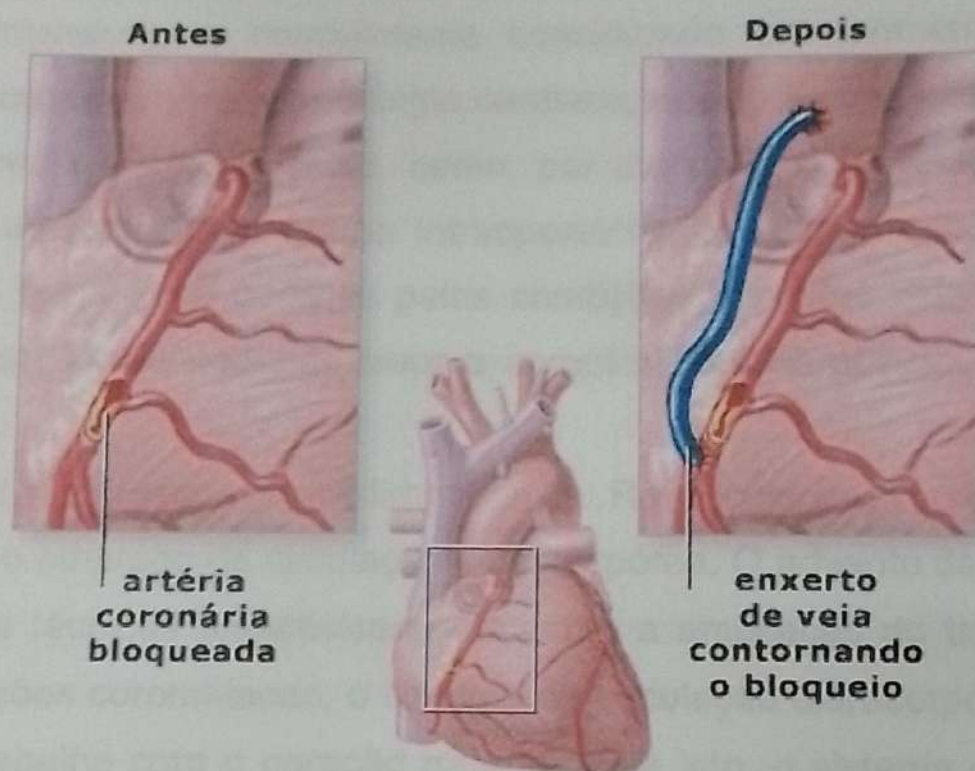


Fig.6.: Instituto Nacional de Cardiologia. Artéria coronária bloqueada (2003).

Para que sejam recomendados a Revascularização do Miocárdio inúmeros fatores são determinantes, dentre eles, o número de vasos coronários afetados, o grau de disfunção ventricular esquerdo, os sintomas, o quadro clínico em que se encontra o paciente e as artérias coronárias a serem desviadas devem ter uma oclusão de 70%, é importante e necessário que a artéria esteja permeável além da área ocluída ou o fluxo do bypass (desvio, onde através de um sistema você consegue ser alimentado por caminhos diferentes, tipo: desvio Veno-Arterial (V-A), Veno-Venoso (V-V), Artério-Venoso (A-V)) será inviável. O vaso mais utilizado para este procedimento cirúrgico é a veia safena maior, seguida pela veia safena menor, também são utilizadas as veias, cefálica e basílica (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Gomes (2004) postula que a cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RVM) se constitui no tratamento padrão da doença coronária isquêmica em vários subgrupos de indivíduos. A possibilidade de abordagem de todas as artérias coronárias comprometidas e a manutenção dos resultados a médio e longo prazo torna esta cirurgia atrativa como método de escolha quando comparada com outras terapêuticas.

No período transoperatório, o qual, corresponde o momento que o paciente é recebido no centro cirúrgico para realizar a cirurgia até o momento de sua transferência para a unidade de recuperação anestésica ou UTI (Unidade de Terapia Intensiva), é normalmente considerado um momento crítico para o paciente, especialmente em cirurgia cardíaca, devido à complexidade da cirurgia e procedimentos a ela inerentes, como, por exemplo, a Circulação Extracorporea (CEC), e ao prolongado tempo intraoperatório. É um período caracterizado por mudanças fisiológicas geradas pelas condições impostas pela cirurgia cardíaca, CEC e a anestesia podendo levar a complicações no pós-operatório (IGNACIO, 2003).

Os primeiros procedimentos de Revascularização do Miocárdio eram feitos sem o emprego da circulação extracorpórea. O advento dessa tecnologia e o avanço das técnicas anestésicas permitiram a ampliação do tratamento cirúrgico das obstruções coronarianas, o sistema de circulação extracorpórea permite que o cirurgião trabalhe com o coração parado. Para isto, o sistema deve substituir por completo as funções de bombeamento e de oxigenação do sangue (FERNANDES; GANOTTO; FERNANDES, 2008).

A CEC (Circulação Extracorporea) é um procedimento realizado na maioria das cirurgias cardíacas, onde, uma máquina de circulação extracorporea realiza um desvio cardiopulmonar total, isto é, desvia o sangue das veias cavas para um reservatório e reinfunde após a oxigenação artificial de volta à aorta, substituindo temporariamente, as funções de bombeamento do coração e ventilatórias do pulmão (IGNACIO, 2003).

2.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

A evolução da enfermagem e sua consolidação enquanto ciência é caracterizada pela construção de um corpo de conhecimento próprio no decorrer de sua história, mas especificamente a partir da década de 50. Nos anos 70 houve uma preocupação das enfermeiras com o desenvolvimento de teorias de enfermagem, como um meio de estabelecer a enfermagem como profissão. Dentro desse corpo de conhecimentos, baseado em teorias de enfermagem, surge o

processo de enfermagem (PE), sendo uma representação do mecanismo por meio do qual esses conhecimentos são aplicados na prática profissional (HERMIDA, 2004).

Na segunda metade dos 1960, Wanda de Aguiar Horta, foi a primeira enfermeira brasileira a falar de teoria no campo profissional, embasou-se na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow para elaborar a teoria das Necessidades Humanas Básicas, e propôs às enfermeiras brasileiras uma assistência de enfermagem sistematizada que introduziu no Brasil uma nova visão de enfermagem (HORTA, 1979 apud TANNURE; GONÇALVES, 2009).

O Processo de Enfermagem tem em sua estrutura três grandes dimensões, que são analisadas como: propósito, organização e propriedades. O propósito principal do processo é oferecer uma estrutura que atenda às necessidades individualizadas do paciente, família e comunidade. Para que isso ocorra deve existir uma relação interativa entre o paciente e o enfermeiro, tendo como foco o paciente. A organização, como anteriormente mencionada, é a dimensão que conta com as cinco fases do processo. Como propriedades, são abordados: ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993 apud DELL'ACQUA; MIYADAHIRA, 2000).

Segundo Dell'acqua e Miyadahira (2000) Esses elementos citados são importantes, pois proporcionam ao enfermeiro alguns pontos para a reflexão sobre a estrutura que se operacionaliza, através das etapas do processo de enfermagem, realizando-o de forma que não seja mecânica, mas integrada.

A área de saúde, na qual trabalhamos diretamente com seres humanos, exige profissionais cada vez mais qualificados e que assumam funções de alto nível de conhecimento técnico e científico. Tendo em vista este propósito, foi desenvolvida uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em um método científico, isto é, o processo de enfermagem.

Segundo Horta (1979) a expressão "processo de enfermagem" foi empregado pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, com o objetivo de explicar o cuidado de enfermagem e tinha como componentes, o comportamento do paciente, reação da (o) enfermeira (o) e ação.

Ainda Segundo Horta (1979, p.35): "O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao

ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

Para Horta (1979), o processo de enfermagem está compreendido em seis fases ou passos, que são:

1. Histórico de enfermagem: é um roteiro sistematizado para levantamento de dados do paciente tornando possível a identificação do problema;
2. Diagnóstico de enfermagem: a identificação das necessidades do paciente que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeira (o) do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.
3. Plano assistencial (planejamento): é a determinação global da assistência de enfermagem que o paciente deve receber diante do diagnóstico estabelecido.
4. Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem (implementação): é a implementação do plano assistencial pelo roteiro ou aprazamento diário que coordena as ações da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do paciente.
5. Evolução: é o relato diário da terapia e condutas sucessivas que ocorrem enquanto o paciente está sob os cuidados da equipe de enfermagem e médica.
6. Prognóstico de enfermagem: verificar a estimativa da capacidade do paciente em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e os dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Para Tannure e Gonçalves (2009) o processo de enfermagem operacionaliza-se em etapas ou fases, que variam de acordo com cada autor no que diz respeito ao número e à terminologia utilizada. A maioria dos autores é acorde em que são necessárias quatro etapas ao processo de enfermagem: investigação ou histórico, diagnóstico, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação de enfermagem.

O processo de enfermagem para Potter e Perry (2005) é um método utilizado para organização e prestação de assistência de enfermagem, esta distribuída em: abordagem (histórico), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O propósito deste processo é: identificar as

necessidades de assistência de saúde do paciente, estabelecer um plano de tratamento e completar intervenções de enfermagem para satisfazer as necessidades do paciente.

É na prática da enfermagem que o enfermeiro planeja o processo de enfermagem, utilizando sua criatividade como elemento recursor. Tornar uma orientação esclarecedora e eficiente requer bom senso, arte e criatividade, fazendo desse momento da assistência um encontro de interação e de diálogo (BAGGIO et al, 2001).

No entanto, "O processo de enfermagem fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a mais científica e menos intuitiva" (JESUS, 2002 apud TANNURE; GONÇALVES, 2009, p.18).

Existem fatores que interferem prejudicando a implementação da sistematização da enfermagem (SAE). Alguns desses fatores estão no âmbito da organização (políticas, normas, objetivos dos serviços, muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros), outros fatores fazem parte do próprio cotidiano desses profissionais (atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais), para os quais muitas vezes se busca explicação nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. Um outro fator é a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços - uma imposição da chefia de enfermagem que valoriza mais a documentação à implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática. (ROSSI, 2001 apud HERMIDA, 2004).

2.5 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

O paciente e a família que aguardam a cirurgia cardíaca estão experimentando uma crise de vida importante. A associação do coração com a vida e morte intensifica suas necessidades emocionais e psicológicas. Portanto a visita pré-operatória de enfermagem ao paciente que vai submeter ao procedimento cirúrgico é o início da implementação do processo de enfermagem.

Esta visita é indispensável para o preparo físico e emocional do paciente. Consiste em uma atividade designada ao enfermeiro que possibilita uma interação efetiva, e esse profissional poderá detectar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente (GALVÃO et al, 2002).

Segundo Baggio et al (2001, p.134):

Promover o esclarecimento das dúvidas dos pacientes vem atender às expectativas explicitadas e implícitas durante a orientação pré-operatória. O adequado conhecimento da situação que está por vir, neste caso a cirurgia, torna o paciente mais tranquilo e, em consequência, preparado para a intervenção cirúrgica. O eficiente preparo emocional torna o paciente mais corajoso, pois alivia suas ansiedades, proporcionando-lhe um suporte científico e espiritual para que o processo cirúrgico se torne algo entendido e, assim, menos fantasioso. A orientação pré-operatória é evidenciada através da percepção dos seres envolvidos como um momento provedor de calma e tranquilidade, noção, esclarecimento e conhecimento, instrução e coragem.

Antes da cirurgia, as avaliações psicológicas e o exame físico estabelecem as linhas de base para a referência futura. São avaliadas as compreensões do procedimento cirúrgico pelo paciente, consentindo informação e adesão aos protocolos de tratamento. Ajudar o paciente a lidar, compreender o procedimento e manter a dignidade são as responsabilidades da enfermagem.

A fase pré-operatória da cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio começa antes da hospitalização. A enfermeira avalia o paciente quanto a outros distúrbios, como os diabetes, hipertensão e doenças respiratórias, gastrintestinais e hematológicas, documentando seu tratamento (BRUNNER ; SUDDARTH, 2008).

O enfermeiro deve esclarecer ao paciente todas as suas dúvidas e orientá-lo quanto ao procedimento que irá se submeter, como o regime medicamentoso deverá ser mantido para o tratamento da pressão arterial ou outros distúrbios que o paciente venha a ter, bem como a necessidade de manter os padrões de atividades, uma dieta saudável, hábitos de sono saudáveis e a cessação do fumo para minimizar os riscos da cirurgia se no caso o paciente for tabagista (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Na internação para a cirurgia cardíaca Revascularização do Miocárdio o período pré-operatório parece muito significativo para esses pacientes, devido à fragilidade emocional que os envolvem nessas circunstâncias. Isso leva a refletir

sobre o papel crucial do enfermeiro no período pré-operatório, tendo que direcionar seu cuidado não somente para ações instrumentais ou técnicas, mas para as ações expressivas, isto é, relacionadas à subjetividade, com o objetivo de amenizar esses sentimentos (SOUZA, 2004 apud LABRONICI, 2002).

Etapas do Processo de enfermagem no pré-operatório de RVM segundo Horta, 1979 apud NETTINA, 2003.

- Investigação (histórico): realizar coleta sistemática de dados, para determinar o estado de saúde do paciente e identificar os problemas reais ou potenciais de saúde.
- Diagnóstico de enfermagem: identificação dos problemas de saúde reais ou potenciais que são passíveis de resolução por meio de ações de enfermagem.
- Planejamento (plano assistencial): desenvolvimento dos objetivos e de um plano de cuidados idealizado para auxiliar o paciente na resolução dos problemas encontrados no diagnóstico de enfermagem.
- Implementação (plano de cuidados ou prescrição de enfermagem): implementação do plano de cuidados através de intervenções de enfermagem ou supervisão destes cuidados.
- Avaliação (evolução): determinação das respostas do paciente às intervenções e a extensão do alcance dos objetivos.

1ª Etapa do processo de enfermagem no pré-operatório para cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

A investigação (histórico de enfermagem/coleta de dados) é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem na primeira etapa do processo de enfermagem. No período pré-operatório, a utilização de instrumentos de coleta de dados permite a identificação das necessidades básicas do paciente e estabelece um fluxo de comunicação entre a unidade de internação cirúrgica, centro cirúrgico e recuperação anestésica, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem ao paciente no perioperatório da cirurgia de Revascularização do miocárdio (GALDEANO; ROSSI, 2002).

Segundo Neto, Teixeira e Barbosa (2008) a elaboração de um instrumento para avaliação e preparo do paciente no pré-operatório da cirurgia de

Revascularização do Miocárdio torna-se necessário e importantíssimo para o processo de enfermagem, o qual, divide-se em cinco partes:

1. A primeira parte corresponde aos "dados gerais de identificação" e contempla os campos: unidade; leito (enfermaria/apartamento); registro geral (R.G.); data da internação; nome; gênero; idade; grau de instrução; procedência; pessoa a ser comunicada se necessário; telefone para contato; diagnóstico médico; cirurgia proposta e sua data; e cirurgias anteriores.
2. A segunda parte refere-se aos "antecedentes pessoais e familiares", informações sobre antecedentes pessoais de co-morbidades, como hipertensão arterial, diabetes mellitus (D.M.), dislipidemia, e outras que possam ser citadas; doenças infecciosas, cirurgias realizadas anteriormente, enumerar os principais fatores de risco, como, prática de atividade física, tabagismo, etilismo e obesidade tendo como base o índice de massa corporal, alergias e medicações que o paciente faz uso (apud ROSELINO; ÉVORA, 2004; GUIMARÃES et al, 2004; ROSSI, 2005).
3. Na terceira parte, estabelece-se o "pré-operatório mediato", constam os seguintes campos a serem preenchidos: data da internação, data proposta da cirúrgica, confirmação da assinatura do termo de consentimento, avaliação do risco cirúrgico e ASA. Nesta parte, são checados os exames por imagem e laboratoriais realizados ou que deverão ser realizados neste período, entre eles: ecocardiograma, cintilografia miocárdica, raios-x de tórax, cineangiocoronariográfica, hemograma completo, perfil lipídico completo, eletrólitos (K, Na, Ca, Mg), creatinina, uréia, ácido úrico, glicemia plasmática, coagulograma completo, troponina I, eletrocardiograma, e exames complementares, holter 24 horas e teste ergométrico (apud HURST; WALTER, 1990; ROSELINO; ÉVORA, 2004; GUIMARÃES et al, 2004). Outro aspecto verificado nesta parte refere-se a medicações a serem mantidas, suspensas, ou a alterações de dosagens (apud HURST; WALTER, 1990; GUIMARÃES et al, 2004; ROSSI, 2005; PIRES, 2007).
4. A quarta parte refere-se à avaliação multiprofissional e possui espaços reservados para as avaliações específicas de enfermagem, da fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia e do serviço social.
5. A quinta parte refere-se ao "pré-operatório imediato" e contém quinze itens referentes: a cirurgia proposta, ao peso e altura, jejum, tricotomia (indicação

e locais), banho pré-operatório (solução a ser utilizada), a próteses (presença e retirada), esmalte (retirado); punção venosa (local, data, tipo e número do dispositivo utilizado), pulseira de identificação, reserva de hemoderivados (restrição se houver). Registra-se, ainda, o horário do encaminhamento para bloco cirúrgico, observações quando necessárias e o responsável pelo encaminhamento e acompanhamento.

Diante deste instrumento de avaliação e preparo ao paciente, que, se submeterá à cirurgia de Revascularização do Miocárdio, se terá subsídio e favorecerá um direcionamento da assistência com base no processo de enfermagem favorecendo a qualidade da assistência de enfermagem.

2ª etapa do processo de enfermagem no pré-operatório para cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

No desenvolvimento do processo, a etapa do diagnóstico de enfermagem tem se destacado e estudos a este respeito têm sido aprofundados. Trata-se de uma etapa complexa, cuja sistemática envolve avaliação clínica das respostas do paciente ou grupos aos problemas de saúde e fornece a base para a intervenção de enfermagem no intuito de se atingir os resultados esperados. Por meio do raciocínio clínico acerca de dados coletados via entrevista clínica e exame físico, podem ser identificados os diagnósticos classificados como de enfermagem.

O objetivo do diagnóstico é direcionar o tratamento e, assim atender melhor às necessidades dos pacientes, contribuindo para a construção do conhecimento e engrandecimento da enfermagem (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

Alguns autores propõem a utilização das características definidoras e dos fatores relacionados, da taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). A qual, tem colaborado para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos diagnósticos de enfermagem e de um sistema para classificá-los.

Galdeno, Rossi e Pezzuto (2004) Contam como diagnósticos de enfermagem a pacientes no pré-operatório de Revascularização do Miocárdio segundo a taxonomia I da NANDA (2008), os seguintes itens:

CATEGORIA DIAGNÓSTICAS – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

1. Déficit de conhecimento – Falta de informações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e do período pós-operatório.

2. Distúrbio no padrão do sono – Urgências urinárias, faltas de ar, posição, barulho e iluminação, medo, ansiedade, separação de pessoas queridas (genitores, filhos, netos, amigos).
3. Angustia espiritual – Medo, incerteza, raiva, culpa, falta de aceitação, desesperança.
4. Medo – Nervosismo, pânico, tensão, relato de auto-segurança reduzida, medo do desconhecido.
5. Ansiedade – Incerteza, nervosismo, preocupado, preocupações expressas em razão de mudanças em eventos da vida.

A identificação do diagnóstico específico é fundamental, pois, a partir desta poderá se traçar um plano de intervenção o mais preciso possível, valorizando a assistência de enfermagem.

A partir dos principais diagnósticos encontrados no presente estudo. O plano assistencial, a implementação e a avaliação no processo de Sistematização da Assistência de enfermagem tem como objetivo direcionar o tratamento e, assim atender melhor a necessidade dos pacientes, identificando as principais intervenções e resultados de acordo com a NANDA (2008).

3ª, 4ª e 5ª etapa do processo de enfermagem no pré-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

De acordo com Rocha, Maia e Silva (2006) para cada diagnóstico estabelecido tem-se um plano assistencial a ser traçado e ser avaliado no pré-operatório da Revascularização do Miocárdio, os quais, abordaremos a seguir:

1. Déficit de conhecimento

- Plano assistencial: Manter o paciente informado sobre a doença e cirurgia a que irá se submeter.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): passar para o paciente todas as informações necessárias sobre o procedimento que irá se submeter, bem como: o tipo de cirurgia, como será feito o preparo para a cirurgia, orientá-lo quanto ao centro cirúrgico e o pós-operatório.
- Avaliação (resultados esperados): tranquilidade, diminuição da ansiedade.

2. Distúrbio no padrão do sono

- Plano assistencial: promover ao paciente um sono tranquilo.

- Implementação do plano assistencial (Intervenções): proporcionar ambiente tranquilo e calmo, reduzir a ansiedade, atenção no controle da dor (analgesia).
- Avaliação (resultados esperados): que o paciente venha ter um sono satisfatório para sua recuperação.

3. Angustia espiritual

- Plano assistencial: proporcionar ao paciente conforto espiritual.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): passar tranquilidade, confiança e serenidade, oferecer auxílio religioso caso necessite (respeitando a sua religiosidade).
- Avaliação (resultados esperados): conforto espiritual, serenidade.

4. Medo

- Plano assistencial: proporcionar segurança e tranquilidade ao paciente
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): dialogar com o paciente tirando todas as suas dúvidas a respeito de sua saúde e do procedimento que realizará, passar segurança e tranquilidade.
- Avaliação (resultados esperados): tranquilidade e diminuição do medo

5. Ansiedade

- Plano assistencial: proporcionar conforto, tranquilidade e segurança ao paciente.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): manter dialogo com o paciente e familiares, sobre seu estado de saúde e o seu tratamento cirúrgico.
- Avaliação (resultados esperados): controle da ansiedade e coragem para enfrentar a cirurgia.

Entretanto, devem-se salientar, as ligações são apenas guias, pois a enfermeira, bem como sua equipe de enfermagem, precisa estar sempre avaliando a situação do paciente tanto para ajustar os diagnósticos às intervenções, como os resultados a fim de adaptá-los à realidade de cada paciente. As ligações, portanto, não são prescritivas e não substituem o julgamento clínico da enfermeira.

2.6 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

O período pós-operatório imediato para o paciente submetido à cirurgia cardíaca apresenta muitos desafios para a equipe que o assiste. São feitos todos os esforços para facilitar a transição da sala de cirurgia para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com um risco mínimo. As informações específicas sobre a operação e os fatores importantes sobre o tratamento pós-operatório são comunicados pela equipe cirúrgica e o anestesiológista para o enfermeiro de cuidados críticos, que, então, assume a responsabilidade pelos cuidados do paciente (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Para Horta, 1979 apud BRUNNER E SUDDARTH, 2008 o processo de enfermagem no pós-operatório de Revascularização do Miocárdio procede com as seguintes etapas:

- Investigação (histórico) - Na admissão, a UTI são avaliados os seguintes parâmetros: o estado neurológico, estado cardíaco, estado respiratório, estado vascular periférico, estado hidroeletrolítico, a dor e as complicações. A avaliação também inclui observar todo o equipamento e os tubos para determinar se eles estão funcionando da maneira adequada: o tubo endotraqueal, ventilador, monitor de terminos respiratórios, monitores de SpO₂, cateter da artéria pulmonar, monitor de SVO₂, linhas arteriais e intravenosas, dispositivos e equipo de infusão intravenosa, monitor cardíaco, marcapasso, drenos torácicos, sistema de drenagem urinária e ferida operatórias.
- Diagnóstico: Será elaborado com base nos dados do histórico.
- Planejamento e metas (plano assistencial): com o objetivo de manter a hemodinâmica do paciente estável livre de complicações.
- Implementação (plano de cuidados ou prescrição de enfermagem): colocar em prática as ações de enfermagem, visando uma evolução instável do paciente.
- Avaliação (evolução): é a evolução do paciente, ou seja, os resultados esperados.

Segundo Horta (1979), o estudo analítico e a avaliação do paciente concluem-se com uma sexta etapa, que é o prognóstico de enfermagem, onde, verifica-se a estimativa da capacidade do paciente em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e os dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

1ª etapa do processo de enfermagem no pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

Para a primeira etapa do processo de enfermagem no pós-operatório temos a investigação (coleta de dados), nesta etapa, o paciente já se submeteu à cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio, portanto a investigação será direcionada ao estado geral do paciente, uma vez que, o paciente será admitido na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e seu estado se torna crítico, tendo assim um pós-operatório imediato complexo nos cuidados de enfermagem. De acordo com, Spaders et al (2006) será dividido em duas fases.

1. A identificação do paciente com todos os dados que foram coletados no pré-operatório da cirurgia de revascularização do Miocárdio. E as informações concedidas, do trans-operatório, pela equipe da cirurgia à equipe da UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
2. A segunda fase é consolidada a partir do exame físico que é realizado com a admissão do paciente no pós-operatório imediato da cirurgia de Revascularização do Miocárdio na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), da seguinte forma:

O exame físico deve ser céfalo-caudal, avaliando todos os sistemas relevantes para o paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio.

- Avaliação neurológica: o paciente pode estar sonolento ou desorientado em decorrência da anestesia geral. Devem ser feitas perguntas simples, como nome, idade, local onde o paciente se encontra.
- Exame da cabeça e pescoço: avaliar hidratação e coloração das mucosas oral e ocular, visto que o paciente tem perda sangüínea (em função do procedimento cirúrgico e drenagens de tórax), estase jugular (sinal de insuficiência cardíaca). Analisar a funcionalidade e sinais de infecção em cateter venoso central e suporte (cateter nasal de O₂, máscara de Venturi,

óculos nasal) que geralmente são invasivos. Atentar para expressões faciais de dor.

- Exame do tórax: avaliar aspecto de curativo de FO (Ferida Operatória) se há drenagem sanguinolenta, hematomas e sinais de infecção. Analisar funcionalidade e quantidade de drenagem dos drenos de tórax (até um total de 500ml/h nas primeiras 24h) e inserção dos fios de marcapasso. Na ausculta cardíaca atentar para arritmias, frequência cardíaca (de acordo com a necessidade, pode ser usado o marcapasso externo e provisório), atrito pericárdico (decorrente da abertura da cavidade), fonese das bulhas (elas podem estar abafadas em função de acúmulo de líquidos no mediastino). Na ausculta pulmonar, analisar para distribuição e intensidade dos murmúrios vesiculares, ocasional presença de ruídos adventícios (o pulmão pode estar congestionado por insuficiência cardíaca, por trauma acidental durante o procedimento cirúrgico), analisar expansão torácica (pode estar diminuída pela dor na ferida operatória).
- Exame abdominal: avaliar presença de ruídos hidroaéreos (os movimentos peristálticos podem estar diminuídos em função da anestesia geral, mobilidade física prejudicada), presença de dor e aspecto à palpação e percussão.
- Aparelho urinário: quantificar e analisar a coloração da drenagem da sonda vesical de demora. A drenagem da Sonda Vesical de Demora (SVD) deve ser superior a 25ml/h, caso contrário, indica hipovolemia e não deve apresentar hematúria.
- Membros superiores: atentar para edema, temperatura cutânea, expansão e simetria dos pulsos periféricos, enchimento capilar, coloração (atentar para cianose), local de inserção de cateteres periféricos venosos e arteriais.
- Membros inferiores: verificar presença de edema, aquecimento, expansão e simetria dos pulsos, enchimento capilar e coloração. Analisar aspecto da FO (ferida operatória) na incisão da safenectomia (retirada da veia safena).

2ª etapa do processo de enfermagem no pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

Galdeno et al (2006), Rocha, Maia e Silva (2006) Contam como diagnósticos de enfermagem a pacientes no pós-operatório de Revascularização do Miocárdio segundo a taxonomia I da NANDA (2008), os seguintes itens:

CATEGORIA DIAGNÓSTICAS – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

1. Padrão respiratório ineficaz – Energia diminuída/fadiga, posição do corpo, obesidade, dispnéia, ortopnéia, respiração curta batimento de asa do nariz uso de musculatura acessória para respirar.
2. Perfusão tissular cardiopulmonar alterada – Redução mecânica do fluxo sanguínea arterial, dor no peito, dispnéia, frequência respiratória aumentada, fora dos parâmetros normais, sensação de morte iminente e arritmias, associadas a CEC (circulação extracorpórea) e a hemodiluição.
3. Dor aguda – Agente lesivo biológica, comportamento expressivo (gemidos, agitação, choro, vigilância, irritabilidade, suspiros), mudanças nas frequências cardíacas, respiratórias, no apetite e no tônus muscular.
4. Distúrbio no padrão do sono – Urgências urinárias, faltas de ar, posição, barulho e iluminação, medo, ansiedade, separação de pessoas queridas (genitores, filhos, netos, amigos).
5. Risco para disfunção neurovascular periférica – Obstrução vascular.
6. Risco para infecção – Exposição ambiental aumentada, doenças crônicas (Diabetes Mellitos, Hipertensão Arterial Sistêmica), defesa primária inadequada (tecido traumatizado), procedimentos evasivos (punções venosas e arteriais e cirurgia).
7. Risco para aspiração – Nível de consciência reduzido (anestesia), tubo endotraqueal, reflexos de náusea e tosse.
8. Risco para temperatura corporal alterada – Trauma afetado a regulação da temperatura (cirurgia e Circulação Extra Corpórea (CEC)), sedação, exposição ao ambiente frio (sala de cirurgia), medicações que causam vasodilatação e vasoconstrição, extremos de idade e peso, desidratação.
9. Troca de gases prejudicada – Exposição a CEC (Circulação Extra Corpórea), anestesia, agitação, dispnéia, gases sanguíneos arteriais anormais, hipoxemia, hipoxia.
10. Risco de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais – Comer a estímulos externos (p.ex., hora do dia), comer em resposta a estímulos internos que não à fome.

11. Risco de constipação – Higiene íntima inadequada (oportunidade, posição para evacuação, privacidade inadequada), motilidade diminuída do trato gastrointestinal, mudanças nos padrões habituais de alimentação.
12. Mobilidade física prejudicada – Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas, dificuldade para virar-se, dispnéia ao esforço.
13. Integridade da pele prejudicada – Invasão de estruturas no corpo, destruição de camadas da pele e rompimentos da superfície da pele.
14. Déficit no autocuidado para banho e higiene – limitação para realizar sua higiene corporal e suas eliminações fisiológicas.
15. Déficit no autocuidado para alimentação – capacidade prejudicada de desempenhar ou completar a alimentação.
16. Eliminação urinária prejudicada – Incontinência, retenção urinária, infecção no trato urinário.

3ª, 4ª e 5ª etapa do processo de enfermagem no pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio:

De acordo com Rocha, Maia e Silva (2006) para cada diagnóstico estabelecido tem-se um plano assistencial a ser traçado e ser avaliado no pós-operatório da Revascularização do Miocárdio, os quais, abordaremos a seguir:

1. Padrão respiratório ineficaz

- Plano assistencial: Promover ao paciente uma função respiratória satisfatória ao seu quadro.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): oferecer e/ou manter oxigenoterapia, monitorizar os padrões respiratórios.
- Avaliação (resultados esperados): nível de conforto respiratório

2. Perfusão tissular cardiopulmonar alterada

- Plano assistencial: Promover conforto respiratório e não sentir dor.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): oxigenoterapia, administrar medicações para dor e atenção aos exames laboratoriais (gasometria), fisioterapia respiratória e motora (fisioterapeuta) e manter paciente em monitoração contínua.
- Avaliação (resultados esperados): conforto respiratório, cessão de dor, melhora no estado hemodinâmico do paciente.

3. Dor aguda

- Plano assistencial: promover ao paciente não sentir dor.
 - Implementação do plano assistencial (Intervenções): administrar analgésicos prescritos, aplicar calor/frio, manter o paciente confortável no leito e passar segurança e tranquilidade ao mesmo.
 - Avaliação (resultados esperados): maior controle da dor e dos sintomas, aumento do nível conforto, tranquilidade.
4. Distúrbio no padrão do sono
- Plano assistencial: promover ao paciente um sono tranquilo.
 - Implementação do plano assistencial (Intervenções): proporcionar ambiente tranquilo e calmo, reduzir a ansiedade, atenção no controle da dor (analgesia).
 - Avaliação (resultados esperados): que o paciente venha ter um sono satisfatório para sua recuperação.
5. Risco para disfunção neurovascular periférica
- Plano assistencial: prevenir o paciente de riscos de tromboembolias.
 - Implementação do plano assistencial (Intervenções): cuidados com a pele, administrar medicações anticoagulantes conforme prescrição médica, estimular deambulação precoce logo que puder, mudanças de decúbito no leito.
 - Avaliação (resultados esperados): evitar complicações secundárias ao paciente (por ex., embolia pulmonar).
6. Risco para infecção
- Plano assistencial: eliminar focos de infecção
 - Implementação do plano assistencial (Intervenções): realizar banho no leito (quando necessário) ou de aspersão quando o paciente estiver liberado, supervisionar a pele durante o banho, os locais de acesso venoso, respeitar os períodos estabelecidos para os acessos (venoso - 72hs) a inserção dos drenos, as suturas, cuidar do local da incisão, realizar curativos em esternotomia, safenectomia e acesso venoso central (AVC), cuidar da manipulação de sonda vesical e drenos, controlar nutrição.
 - Avaliação (resultados esperados): controle de risco de infecção, detecção precoce do risco de infecção.

7. Risco para aspiração

- Plano assistencial: promover segurança ao paciente, prevenindo broncoaspiração.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): aspirar vias aéreas sempre que necessário, posicionar o paciente com cabeceira elevada, em caso de vômitos lateralizar a cabeça do paciente.
- Avaliação (resultados esperados): prevenção de broncoaspiração e pneumonias.

8. Risco para temperatura corporal alterado

- Plano assistencial: manter a temperatura corporal do paciente nos seus padrões normais.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): manter o paciente aquecido, verificar temperatura do paciente quando necessário, administrar medicação prescrita quando necessário, observar a temperatura ambiente.
- Avaliação (resultados esperados): evitar que o paciente venha desenvolver uma hipotermia ou hipertermia.

9. Troca de gases prejudicada

- Plano assistencial: proporcionar ao paciente estabilidade hemodinâmica
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): monitorizar as funções respiratórias rigorosamente, oferecer ou manter oxigenoterapia, atenção rigorosa nos exames laboratoriais (gasometria), fisioterapia respiratória (fisioterapeuta).
- Avaliação (resultados esperados): conforto respiratório e uma ventilação espontânea adequada.

10. Risco de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais

- Plano assistencial: promover ao paciente uma alimentação rica em nutrientes
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): ver junto com o serviço de nutrição a dieta necessária para uma boa reabilitação do paciente, levando-se em conta também o gosto do paciente.
- Avaliação (resultados esperados): estado nutricional equilibrado, o qual, irá interferir na recuperação do paciente.

11. Risco de constipação

- Plano assistencial: promover ao paciente uma boa motilidade gastrointestinal
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): proporcionar ambiente reservado para suas necessidades fisiológicas, oferecer líquido caso não haja restrições hídricas, dietas laxativas, administrar medicação quando prescrita, realizar lavagem intestinal quando prescrito e promover exercício e deambulação quando possível.
- Avaliação (resultados esperados): eliminações fisiológicas regulares.

12. Mobilidade física prejudicada

- Plano assistencial: promover ao paciente conforto físico e respiratório
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): monitorização respiratória, fisioterapias motora e respiratória (fisioterapeuta), administrar medicação prescrita para dor, mudança de decúbito e deambulação logo que liberado.
- Avaliação (resultados esperados): diminuição da limitação nos movimentos físicos.

13. Integridade da pele prejudicada

- Plano assistencial: prevenir infecções, supervisionar a pele e prevenir úlceras de pressão.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): trocas de curativos nas feridas operatórias e em cateteres conforme protocolo da instituição, mudança de decúbito,
- Avaliação (resultados esperados): eliminar o risco de infecção e úlceras de pressão.

14. Déficit no autocuidado para banho e higiene

- Plano assistencial: proporcionar conforto ao paciente e diminuir risco de infecção.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): realizar banho no leito, auxiliar nos banhos de asperção quando liberado, auxiliar o paciente com papagaio e aparadora quando necessário, realizar troca de roupa de cama quando necessário.
- Avaliação (resultados esperados): maior conforto ao paciente e diminuição do risco de infecção.

15. Déficit no autocuidado para alimentação

- Plano assistencial: proporcionar ao paciente equilíbrio nutricional
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): auxiliar na alimentação quando necessário, administrar dieta por sonda nasogástrica ou nasoenteral, ver com o paciente o seu gosto alimentar (nutrição).
- Avaliação (resultados esperados): melhora do estado nutricional.

16. Eliminação urinária prejudicada

- Plano assistencial: manter os padrões fisiológicos e o bom funcionamento dos rins.
- Implementação do plano assistencial (Intervenções): controle rigoroso do débito urinário.
- Avaliação (resultados esperados): boa função renal e diminuição de risco de infecção.

Ao fazer a ligação entre os diagnósticos de enfermagem e a classificação das intervenções de enfermagem e dos resultados no pré e pós operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio, percebeu-se que muitas das intervenções se repetem, isto é, os diagnósticos estão interligados e, portanto, as intervenções também aparecem interligadas.

É importante ressaltar que complicações podem ocorrer no pós-operatório de Revascularização do Miocárdio e que o enfermeiro é figura essencial no cuidado aos pacientes que se submetem a tal cirurgia, visto que é o profissional responsável pelo cuidado de enfermagem prestado durante as 24 horas do dia. Sendo assim, não apenas esse profissional, mas toda a sua equipe deve estar atenta às quaisquer manifestações do período pós-operatório do paciente cirurgiado de Revascularização do Miocárdio.

Para Brunner e Suddarth (2005) o cuidado pós-operatório inicial focaliza a obtenção ou manutenção da estabilidade hemodinâmica e recuperação da anestesia. O cuidado pode ser fornecido na unidade de cuidados pós-anestésico ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Depois que a estabilidade hemodinâmica e a recuperação da anestesia geral forem alcançadas, o paciente é transferido para uma unidade intermediária cirúrgica (clínica cirúrgica). Os cuidados focalizam o tratamento das feridas operatórias, a atividade progressiva (evolução) e a nutrição do paciente.

3 METODOLOGIA

A referida monografia trata-se de uma revisão de literatura de natureza qualitativa, onde, Jung (2004, p.61) enfatiza "O modelo qualitativo admite a interferência de valores do pesquisador e considera a existência de múltiplas realidades".

A revisão de literatura não é uma simples transcrição de pequenos textos, mas uma discussão sobre as idéias, fundamentos, problemas, sugestões de vários autores pertinentes e selecionados, demonstrando que os trabalhos foram executados e criticados.

A busca pelas referências foram dados a partir de livros em estudiosos no assunto, artigos científicos em sites acadêmicos, revistas científicas, monografias, teses e dissertações enfatizando de forma fundamentada todos os objetivos propostos na monografia para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A partir do material coletado, foram efetuadas leituras exaustivas, visando à familiarização com o material e um bom entendimento do tema em questão.

A pesquisa deu-se início em fevereiro de 2009. Com a elaboração do projeto de pesquisa. Em seguida iniciaram-se os estudos para a elaboração da monografia sobre a "Assistência de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio" finalizando no mês de novembro de 2009, onde, seguiu-se à padronização nacional recomendada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Para a referida pesquisa, foi elaborado um cronograma, no qual, foi cumprido cronologicamente no decorrer da elaboração, à referida monografia.

TEMPO ATIVIDADE	MESES DE 2009									
	FEV 02	MAR 03	ABR 04	MAI 05	JUN 06	JUL 07	AGO 08	SET 09	OUT 10	NOV 11
ESCOLHA DO TEMA	X									
PESQUISA EXPLORATÓRIA		X	X	X	X	X	X	X		
LEITURA E REVISÃO DE LITERATURA		X	X	X	X	X	X	X		
DISCUSSÕES COM O ORIENTADOR DO PROJETO	X	X	X	X	X	X	X	X		
ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PARA O TCC-MONOGRAFIA	X	X	X	X						
ENTREGA DO PROJETO DE PESQUISA PARA O TCC-MONOGRAFIA					X					
INÍCIO DA MONOGRAFIA					X					
DESENVOLVIMENTO DO TCC-MONOGRAFIA					X	X	X	X	X	
APRESENTAÇÃO DA MONOGRAFIA NO CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA FARN										X
ENTREGA E APRESENTAÇÃO DO TCC-MONOGRAFIA										X

Fig. 7.: Elaborado pelo autor da monografia. Cronograma de elaboração da monografia (2009).

Moraes e Amato (2006, p.182) relatam sabiamente o significado da linguagem científica para a vida acadêmica quando diz:

A linguagem utilizada, científica, deve ser impessoal, objetiva, modesta, informativa, clara, distinta e técnica, com frases simples e curtas para facilitar a compreensão e a leitura. Ela tem função informativa e não expressiva ou persuasiva; e caráter técnico, ao invés de coloquial ou literário. A linguagem científica distinguiu-se da linguagem literária, pois enquanto esta deve impressionar por elegância, evocação de valores estéticos e subjetividade, aquela deve esclarecer pela força de argumentos e pela objetividade.

4 CONCLUSÃO

A reflexão favorecida pelo desenvolvimento deste estudo e pela experiência de acompanhar o processo de enfermagem no pré e pós-operatório da cirurgia de Revascularização do Miocárdio de forma humanizada e individualizada, mostra a imensa responsabilidade que compete à pessoa do enfermeiro e sua equipe. O enfermeiro deve ser cauteloso e preciso ao identificar o nível de ansiedade do paciente, evitando dar informações excessivas, o que viria a aumentar sua ansiedade. É da maior importância que o enfermeiro aprenda a colocar-se na relação com o paciente e família de forma autêntica, que trabalhe na sensibilização da sua equipe para alcançar um nível ótimo de comunicação.

Em respeito à pessoa humana, há necessidade iminente de melhorar a abordagem à pessoa enferma, na tentativa de diminuir o conflito vivenciado pelos pacientes ao se submeterem a uma cirurgia de Revascularização do Miocárdio, onde, prevalece o medo de morrer ou a angústia de ficar com alguma deficiência física.

É necessário, portanto, que os membros da equipe de saúde, particularmente o enfermeiro, desempenhem suas atividades junto ao paciente com mais humanidade, interessando-se por ele como pessoa, por seu estado biopsicosocioespiritual e sua evolução, esforçando-se para ajudá-lo no tratamento e recuperação.

A busca de uma modalidade assistencial diferenciada e qualificada, pautada numa relação enfermeira-paciente levou-me a essa experiência; a procura de conhecimentos e a entender a importância da pesquisa pela busca de respostas a indagações. Esse foi o caminho até a conquista de êxito no término deste estudo, pelo alcance dos objetivos propostos.

Diante do exposto, percebe-se a relevância do assunto para os profissionais de enfermagem, em especial, o enfermeiro, pois, os cuidados de enfermagem aos pacientes no pré e pós-operatório de Revascularização do Miocárdio, merecem especial atenção, em virtude da necessidade de assistência de enfermagem está direcionada a um ser humano.

Acreditamos ser a enfermagem uma ciência aplicada, saindo da fase empírica para a científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus

conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente, proporcionando assim, assistir o paciente em todas suas necessidades básicas, bem como as de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

- BAGGIO, Maria Aparecida; TEIXEIRA, Ariane; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.122-139, jan. 2001.
- BIAZIN, Damares Tomasin et al. Importância da Assistência Humanizada ao Paciente Submetido à Cirurgia Cardíaca. **Terra E Cultura**, Londrina, n. 35, p.121-132, 28 maio 2001.
- BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10.ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2005, v.1.
- BRUNNER, Lillian S.; SUDDARTH, Doris S.. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v.1.
- CARRARO, T.E. Tecnologia e humanização: da sua união às possibilidades de prevenção de infecções. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 09,n.1, p 42-62, 2000.
- CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- CONSTRUÇÃO e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca **Revista Latino-americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.1-8, nov. 2002. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 5 fev. 2009.
- COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COREN/GO. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Brasília: [s.n], 2000.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - OMS. Disponível em: <http://www.boes.org/un/porhr-b.html>. Acesso em: 05 mar. 2009.
- DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. **Rev. esc. enferm. USP**. 2000, v.34, n.4, p. 383-389. Disponível em:< <http://www.scielo.br/cgi->

bin/wxis.exe/iah/ >. Acesso em: 22 out. 2009.

DIAGNÓSTICO de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/ North American Nursing Diagnosis Association. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artemed, 2007/2008.

FERNANDES, Paulo M. P.; GANOTTO, Fabio A.; FERNANDES, Flavio Guimarães. Estado atual da cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Revista Med**: secção aprendendo, São Paulo. p.92-98, jun. 2008. Disponível em: <www.googleacademico.com.br>. Acesso em: 20 set. 2009.

FOTO de um coração enfartado: o que causa um infarto?. Foto-595x443-83k-jpg. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em: 13 set. 2009.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.1-8, nov. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 14 ago. 2009.

GALDEANO, Luiza Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; PEZZUTO, Termutes Michelin. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Escola Enfermagem Usp**, São Paulo, p.307-316, 2004. Disponível em: <www.googleacademico.com.br>. Acesso em: 12 set. 2009.

GALDENO, Luzia Elaine et al. Diagnóstico de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Esc. Enfermagem USP**, São Paulo. p.26-33, 2006. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 13 out. 2009.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão preto, 2002.

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

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Brasileira. Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22 set. 2009.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979.

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IGNÁCIO, Daniela Sarreta et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.1-11, abr. 2003. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 ago. 2009.

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia para pesquisa e Desenvolvimento: Aplicada a novas tecnologias, produtos e processo**. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

UNIVERSIDADE Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Instituto de Ciências Básicas de Saúde (ICBS). Laboratório de Fisiologia Celular. **LIPOCARDIUM: bombardeio específico para as artérias doentes**, 2009. Disponível em: <www.googleacademico.com.br>. Acesso em: 12 set. 2009.

MAIA, Luiz Faustino. **Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: uma revisão de literatura**. Disponível em: <www.webartigos.com>. Acesso em: 20 set. 2009.

MORAES, Irany Novah; AMATO, Alexandre Campos Moraes. **Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Roca, 2006.

NETO, poltroniere Ailton; TEIXEIRA, Jesislei Bonolo do Amaral; BARBOSA, Maria Helena. Elaboração de um instrumento para o preparo pré-operatório em cirurgia cardíaca. **Comunicação / Communication / Notícia: O mundo da saúde**, São Paulo, p.107-110, jan. 2008. Disponível em: <www.scamilo.edu.br>. Acesso em: 20 set. 2009.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PIRES, Leônidas Galvão de Avelar. **Infarto agudo do miocárdio: a voz da casa-** I.A.M-técnicas de enfermagem. SOS enfermagem home page. 2005. Disponível em: <www.googleacademico.com>. Acesso em: 18 set. 2009.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G.. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar**. 3.ed. São Paulo: Santos, 2005.

REVASCULARIZAÇÃO do Miocárdio **Instituto Nacional de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p.1-4, mar. 2003. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 fev. 2009.

ROCHA, Luciana Alves; MAIA, Ticiane Fernandes; SILVA, Lúcia de Fátima da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. brasileira. Enfermagem**, Brasília, 2006, vol.59, n.3, p. 321-326. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 set. 2009.

SPADERS, Adriana et al. **Cuidado de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. 2006. 21 f. Monografia (3º) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgico, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <www.googleacademico.com.br>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SOUZA, Rosa Helena Silva. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004. 106 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal Do Paraná, Curitiba, 2004.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TORTORA, Gerard J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino americana de Enfermagem**. v. 10, n.2, 2002.