

N. CLASS. 617.919  
CUTTER S79c  
ANO/EDIÇÃO 2015

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**  
**MICHELE CASTILHO ALVES DE SOUZA**

**O CONHECIMENTO DOS PACIENTES NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DA  
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

**Varginha**

**2015**

**MICHELE CASTILHO ALVES DE SOUZA**

**O CONHECIMENTO DOS PACIENTES NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DA  
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ma. Denise Maria Osugui.

**Varginha**

**2015**

**MICHELE CASTILHO ALVES DE SOUZA**

**O CONHECIMENTO DOS PACIENTES NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DA  
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do  
Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG,  
como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel  
pela Banca Examinadora composta pelos membros:

Aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Denise Maria Osugui

---

Prof<sup>ª</sup>. Ma. Aline Neves Oliveira

---

Enf<sup>ª</sup>. Letícia Morais Pagano

OBS.:

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai José, minha mãe Zilma e ao meu esposo João Paulo pelo apoio incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu mesmo diante das dificuldades que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, com confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Denise Maria Osugui pela dedicação, incentivo e confiança, por me mostrar o quão grande pode ser meu futuro profissional. Obrigado por ter tornado esse momento muito mais leve e agradável.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Aos meus pais e ao meu esposo pelo amor, incentivo e apoio incondicional nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao restante da minha família por todo o apoio e compreensão nesse momento final e por acreditarem em minha competência.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

## RESUMO

O presente estudo aborda o conhecimento dos pacientes nos cuidados pós-operatórios da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, justifica-se pelo fato de que é essencial que o paciente seja bem orientado e tenha conhecimento quanto a sua cirurgia, recuperação e os cuidados pós-operatórios, em razão de que assim o paciente terá mais autonomia em seu próprio cuidado, evitando retorno à unidade hospitalar e complicações após a cirurgia. Tem como objetivo principal investigar o conhecimento dos pacientes quanto às orientações do pós-operatório da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. A pesquisa foi realizada através do recrutamento de 10 pacientes do município de Varginha-MG submetidos à Revascularização do Miocárdio em um hospital de médio porte do município. Os pacientes deste estudo foram convidados a participar da pesquisa aleatoriamente, as entrevistas foram ouvidas, transcritas na íntegra e agrupadas em categorias de análises, para dar voz às narrativas dos sujeitos. Percebe-se que a amostra caracterizou-se por pacientes do sexo masculino na sua maioria com idades variadas entre 59 a 81 anos, portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Os pacientes demonstraram ter algum conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios, mas se faz necessário que a enfermagem reforce ainda mais as orientações fornecidas. Destaca-se que o conhecimento do paciente quanto ao seu tratamento e aos cuidados a serem seguidos contribuí efetivamente no seu restabelecimento e no retorno a vida social.

**Palavras-chave:** Revascularização Miocárdica. Enfermagem. Cuidados Pós-Operatórios. Conhecimento.

## ABSTRACT

*This study addresses the knowledge of patients in the postoperative care of Myocardial Revascularization Surgery, is justified by the fact that it is essential that the patient is well oriented and aware about his surgery, recovery and post-operative care , given that so the patient will have more autonomy in their own care, avoiding return to the hospital and complications after surgery. Its main objective is to investigate the knowledge of patients on the guidelines of postoperative myocardial revascularization surgery. The survey was conducted by recruiting 10 patients in the Varginha-MG municipality submitted to Myocardial Revascularization in a medium size hospital in the city. The patients in this study were asked to participate in the study randomly, interviews were heard, transcribed and grouped into categories of analysis, to give voice to the stories of the subjects. It can be seen that the sample was characterized by male patients mostly with varying ages between 59-81 years, with Diabetes Mellitus and Hypertension. Patients shown to have some knowledge about the post-operative care, more is required that nursing strengthen further the guidance. It is noteworthy that the patient's knowledge about their treatment and care to be followed effectively contributed to his recovery and return to social life.*

**Keywords:** *Myocardial Revascularization. Nursing. Postoperative Care. Knowledge.*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAS – Ácido Acetilsalicílico
- ADP – Adenosina Difosfato
- ATC – Angioplastia
- ATI – Artéria Torácica Interna
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CEC – Circulação Extracorpórea
- CIA – Comunicação Interatrial
- CIV – Comunicação Interventricular
- CRVM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
- CVM – Modo Ventilação Controlada
- DAC – Doença Arterial Coronariana
- DCV – Doenças Cardiovasculares
- DM – Diabetes Mellitus
- ECG - Eletrocardiograma
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- ICDI – Implante de Desfibrilador
- IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina I
- IMCP – Implante de Marcapasso Definitivo
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PO – Pós-operatório
- SNC – Sistema Nervoso Central
- SVD – Sonda Vesical de Demora
- TVA – Troca de Válvula Aórtica
- TVM – Troca de Válvula Mitral
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- VPE – Ventriculectomia Parcial Esquerda

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 TRATAMENTOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Tratamento Medicamentoso.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Tratamento Intervencionista.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Tratamento Cirúrgico .....</b>	<b>15</b>
<b>4 TRAJETO PERCORRIDO PELO PACIENTE APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR.....</b>	<b>18</b>
<b>5 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO.....</b>	<b>19</b>
<b>6 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>22</b>
<b>6.1 Material .....</b>	<b>22</b>
<b>6.2 Métodos .....</b>	<b>22</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>24</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE II .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como assunto a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM), onde visa analisar o conhecimento dos pacientes quanto aos cuidados no pós-operatório, proporcionando uma habilitação para o autocuidado após a alta hospitalar.

Diante disso tem-se como problema inicial saber se os pacientes submetidos à CRVM tem conhecimento sobre os cuidados no pós-operatório. Associado ao ocorrido levantou-se a hipótese se os pacientes têm assimilado as orientações quanto ao procedimento e os cuidados pós-operatório, e quanto a qualidade das orientações dadas pelo enfermeiro. Permitindo assim, identificar se existem falhas nessa comunicação enfermeiro/paciente. Visto que, o enfermeiro tem papel fundamental para que as orientações dadas aos pacientes sejam compreendidas, pois o conhecimento do paciente cirúrgico interfere diretamente na sua recuperação. Quando o paciente tem conhecimento do procedimento que será realizado, de como seu estilo de vida será após o tratamento cirúrgico, o seu reestabelecimento será muito mais fácil e provavelmente com menos complicações.

No Brasil 29,4% dos óbitos no ano são por doenças cardiovasculares (DCV), significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC). De acordo com o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia 60% das vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta incidência dos casos coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de óbitos por DCV. Ainda que as DCV sejam a principal causa de morte no Brasil, os óbitos por DCV vem caindo principalmente nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2014).

A cirurgia cardíaca é um procedimento cirúrgico de alta complexidade com intuito de corrigir cardiopatias, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes (LIRA et al., 2012). São divididas em corretoras, reconstrutivas e substitutivas, dentre elas temos: a revascularização do miocárdio (CRVM), plastia valvar, troca de válvula aórtica (TVA), troca de válvula mitral (TVM), aneurisma da aorta, comunicação interatrial (CIA), comunicação interventricular (CIV), transplante cardíaco, implante de marcapasso (IMCP), implante de desfibrilador (CDI), implante de ressincronizador, cirurgia minimamente invasiva, cirurgia robótica e ventriculectomia parcial esquerda (VPE) (BRICK et al., 2004).

A CRVM é utilizada principalmente no tratamento da doença arterial coronariana (DAC), sendo a cirurgia reconstrutora mais habitual com objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo (DUARTE et al., 2012).

A equipe de enfermagem deve trabalhar atenta as alterações em consequência do ato cirúrgico, visando reduzir prováveis complicações da cirurgia cardíaca. Segundo Smeltzer et al. (2008), as principais complicações são débito cardíaco diminuído (hipovolemia, sangramento persistente, tamponamento cardíaco, sobrecarga de líquidos, hipotermia, hipertensão, taquiarritmias, bradicardias, insuficiência cardíaca e infarto do miocárdio), complicações pulmonares (troca gasosa prejudicada), complicações com volume de líquidos (hemorragia), complicações neurológicas (alterações neurológicas e AVC), insuficiência renal e distúrbio eletrolítico (necrose tubular aguda, distúrbios eletrolíticos), insuficiência hepática e infecção.

As orientações dadas ao paciente submetido à CRVM interferem diretamente no enfrentamento do ato cirúrgico, na sua recuperação, no seu autocuidado. O enfermeiro é o mediador dessa educação em saúde, é fundamental que o profissional conheça o perfil do paciente e transmita orientações concisas e claras, para a maior assimilação do mesmo (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012).

A orientação de enfermagem ao paciente e familiares são de extrema importância no restabelecimento do paciente, a convalescença inadequada está diretamente ligada ao déficit de conhecimento (ROMANZINI et al., 2010).

Contudo este estudo justifica-se pelo fato de que é essencial que o paciente seja bem orientado e tenha conhecimento quanto a sua cirurgia, recuperação e os cuidados pós-operatórios, em razão de que assim o paciente terá mais autonomia em seu próprio cuidado, evitando retorno à unidade hospitalar, evitando complicações após a cirurgia.

A pesquisa foi realizada por meio do recrutamento de pacientes do município de Varginha-MG submetidos à CRVM em um hospital de médio porte do município. Os entrevistados foram abordados por meio de um roteiro de entrevista, buscando esclarecer qual o conhecimento do paciente nos cuidados pós-operatório de Revascularização do miocárdio, após os resultados das entrevistas foram avaliadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin.

Este estudo tem como objetivo geral investigar o conhecimento dos pacientes quanto às orientações do pós-operatório da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Tem como objetivo específico avaliar o conhecimento do paciente quanto à dieta, o retorno à atividade física, atividade sexual, cuidados com a incisão cirúrgica, a administração de medicamentos prescritos e o retorno a sua vida social no pós-operatório.

Destaca-se que o conhecimento do paciente quanto ao seu tratamento e aos cuidados a serem seguidos contribuí efetivamente no seu restabelecimento e no retorno a vida social.

## 2 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

A DAC é o tipo mais predominante de doenças cardiovasculares, ocorre quando se tem uma lesão pequena nas artérias coronárias que podem progredir através do acúmulo progressivo de lipídios, plaquetas, fina capa de fibrose, formando uma placa de ateroma que limita o fluxo sanguíneo. Além de obstruir as artérias coronárias esta placa enrijece as artérias (CÉSAR et al., 2014). Sendo distinguida pelo desequilíbrio entre o aporte e a demanda do oxigênio ao miocárdio que acontece devido à obstrução das coronárias, sua principal manifestação clínica é a arteriosclerose (BUENO et al., 2012).

Quando há obstrução da artéria por placa de ateroma está acima de 50 a 70% do seu diâmetro, o fluxo sanguíneo se torna inadequado para manter a parte do coração irrigada pela artéria obstruída. Essa nutrição inadequada da região lesada coloca o tecido em risco de morrer caracterizado como isquemia. A isquemia por um longo período de tempo pode ocasionar a morte do tecido, esse acontecimento é chamado de infarto (SOCERJ, 2013 a).

Os principais fatores de risco são a hereditariedade, sexo masculino, idade avançada, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidade (gordura abdominal), sedentarismo e tabagismo (LIMA et al., 2012).

Os sinais e sintomas discrepam de paciente para paciente. A dor torácica ou desconforto na região do tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores é classificado como angina. Podem apresentar também sintomas como falta de ar, fadiga e edema de membros inferiores (CÉSAR et al., 2014).

O diagnóstico da DAC pode ser realizado por meio do eletrocardiograma (ECG), teste ergométrico, ecocardiograma sob stress farmacológico, cintilografia miocárdica e cinecoronariografia (SOCERJ, 2013 a).

Segundo César et al. (2014) a DAC é a principal patologia associada à DCV, sendo esta a principal causa de morbimortalidade. Corroborando, Freitas et al. (2013) estima que em 2030 os valores de óbito que hoje estão em torno de 28 a 30 milhões estarão próximo de 35 milhões.

### 3 TRATAMENTOS

#### 3.1 Tratamento Medicamentoso

O tratamento pode ser medicamentoso, intervencionista ou cirúrgico. A terapia medicamentosa é baseada em antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes (estatinas), bloqueadores beta-adrenérgicos após infarto agudo do miocárdio (IAM) e inibidores da enzima conversora de angiotensina I (iECA) diminuem a ocorrência de IAM e prolongam a vida, já os nitratos, antagonistas dos canais de cálcio e trimetazidina diminuem os sintomas e a incidência de isquemia miocárdica, melhorando a qualidade de vida (CÉSAR et al., 2014).

O ácido acetilsalicílico (AAS) é muito utilizado como antiplaquetário em pacientes com angina estável, diminuindo riscos de infarto, é indicado para todos os tipos de pacientes com DAC (NOBRE; SERRANO, 2005).

A ticlopidina e o clopidogrel são antiagregantes plaquetários derivados tienopiridínicos, bloqueiam os receptores plaquetários de adenosina difosfato (ADP), além de diminuir os níveis de fibrinogênio, bloqueiam parcialmente os receptores da glicoproteína (NOBRE; SERRANO, 2005).

Os anticoagulantes (ex. varfarina) mudam a atividade fibrinolítica no plasma sanguíneo, utilizado na prevenção de eventos isquêmicos (CÉSAR et al., 2014).

O uso de hipolipemiante (ex. atorvastatina) reduz a incidência de eventos coronarianos, o uso desse medicamento, deve ser associado a mudanças de hábitos alimentares e atividade física (CÉSAR et al., 2014).

Através dos iECA (ex. propranolol) é possível diminuir a vasoconstrição cardíaca, tendo como resultado a diminuição da pressão arterial. Já os bloqueadores beta-adrenérgicos agem bloqueando a liberação da renina, ocasionando a diminuição da frequência cardíaca e da vasoconstrição (ALMEIDA et al., 2013).

Os antagonistas do canal de cálcio (ex. nifedipina) bloqueiam o cálcio, sem o cálcio há o relaxamento da musculatura cardíaca. Os nitratos (ex. isordil) tem ação rápida de vasodilatação, aumentam a perfusão miocárdica e diminuem a demanda miocárdica de oxigênio (NOBRE; SERRANO, 2005).

### 3.2 Tratamento Intervencionista

Em 1977 Gruentzig realizou a primeira angioplastia (ATC), que consiste na dilatação coronária por via percutânea utilizando um cateter balão. Com os avanços tecnológicos e aperfeiçoamento foi desenvolvido um novo dispositivo o stent coronariano (NOBRE; SERRANO, 2005).

O stent, consiste num dispositivo de aço inoxidável em formato de mola ou cilindro trançado, inserido através de um cateter balão, logo após a dilatação da placa de ateroma por balão. Contribui para impedir a reestenose e é considerado o único meio comprovadamente apropriado para impedir o reestreitamento do vaso (SOCERJ, 2013 b).

Existem vários tipos de stents, escolhidos de acordo com o tipo de obstrução. Podem ser: stent convencional (comum), stent farmacológico (vai liberando drogas ao longo do tempo) e stent reabsorvível (material absorvível) (RIBEIRO, 2013).

A utilização da ATC é baseada na estenose significativa de artéria coronária, na quantidade de isquemia relacionada e nos benefícios ao paciente (CÉSAR et al., 2014).

Esse método terapêutico é utilizado no tratamento de estenoses renais, circulação arterial periférica e artérias coronárias. Normalmente realizado por via femoral, concedendo maior agilidade no procedimento e fácil localização, devido ao calibre do vaso. Também pode ser realizado por via transradial, braquial e ulnar (BARBOSA et al., 2013).

Apesar de ser um procedimento seguro, podem haver complicações vasculares, normalmente associadas à calcificação na artéria puncionada, obesidade, idade, sexo, hipertensão e o uso de anticoagulantes. Essas complicações ocorrem normalmente no local da punção na forma de hemorragias, sangramentos, hematomas, fistulas, pseudoaneurismas e isquemias (BARBOSA et al., 2013).

### 3.3 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico para DAC é através da CRVM, com objetivo de corrigir a isquemia miocárdica normalizando o fluxo sanguíneo. Atualmente é uma das cirurgias mais realizadas em todo o mundo, devido aos elevados índices de DAC (CÉSAR et al., 2014).

A CRVM foi sugerida por Vineberg em 1945, a proposta de implantar a artéria torácica interna no miocárdio. Após desenvolvimento dos exames de cateterismo sendo possível conhecer melhor a fisiopatologia, deu-se início a CRVM com a circulação extracorpórea (CEC) na década de 60 (BRAILE; GODOY, 1996).

A CRVM é realizada por meio da esternotomia mediana, normalmente a incisão se inicia no manúbrio do esterno até o fim do processo xifoide (SILVA, 2011 b).

De acordo com as Diretrizes de Cirurgia de Revascularização Miocárdica o reestabelecimento do fluxo é realizado por meio de enxertos venosos ou arteriais entre a artéria doente e outra artéria sadia. A escolha do enxerto é de acordo com o comprimento necessário para chegar a artéria desejada, o diâmetro interno deve ser de 2-3 mm, uma boa relação diâmetro da artéria doente e do enxerto a ser utilizado, espessura da parede do enxerto (< 1mm) e livre de placas de ateroma, ausência de calcificação ou fibrose, enxerto com permeabilidade > 80% (BRICK et al., 2004).

O enxerto venoso utilizado é a veia safena, apesar de ser de fácil coleta e manipulação, tem mais possibilidade de surgimento de aterosclerose tardia que os enxertos arteriais. A veia safena mais utilizada é a interna (magna), mais também pode ser utilizada a veia safena externa (parva) (SILVA, 2011).

Nos enxertos arteriais temos a artéria torácica interna (ATI) esquerda e direita, também conhecidas como mamárias internas. São muito utilizadas devido a sua maior permeabilidade do que a veia safena e com menor incidência de aterosclerose tardia, não sendo necessário a reoperação (NOBRE; SERRANO, 2005).

A artéria radial também pode ser utilizada para revascularizar o coração, normalmente utilizada associada a outros enxertos. Sua parede é mais espessa sendo mais susceptível ao desenvolvimento de aterosclerose (SILVA, 2011 b).

Outro enxerto arterial que pode ser utilizado na CRVM é a artéria gastroepiplóica direita semelhante histologicamente a artéria torácica interna, normalmente utilizada em caso de reoperação. Alguns fatores não favorecem o uso dessa artéria, como o tempo gasto para sua coleta e o risco de complicações abdominais no perioperatório (SILVA, 2011 b).

A artéria epigástrica inferior é uma continuidade da ATI e possui semelhanças a ela, também pode ser utilizada na revascularização apesar de ter comprimento pequeno (NOBRE; SERRANO, 2005).

Pode ser efetuada com circulação extracorpórea (CEC) ou sem CEC. A CEC adota a função do coração e dos pulmões provisoriamente durante a cirurgia, preservando a circulação do sangue e oxigenação do corpo. Frequentemente é realizada uma canulação atricaval única para retirar o sangue do corpo, possibilitando trabalhar em um campo cirúrgico sem sangue. Basicamente consiste numa máquina coração-pulmão artificial mantendo a oxigenação de órgãos e tecidos (SILVA, 2011 a).

Podem ocorrer complicações decorrentes da CEC, como resposta inflamatória sistêmica que leva a disfunção de órgãos, e a necessidade de canulação e pinçamento da aorta, que leva o risco de AVC. Podem haver disfunções pulmonares, renais, sistema nervoso central (SNC) ou coagulopatias. Durante a CEC deve-se atentar ao índice de hematócrito (>20%), a pressão arterial deverá ser mantida entre 50-70 mm Hg, caso o paciente seja diabético monitorar glicemia a cada 30min (WALTER, 2012).

A CRVM sem CEC vem ganhando espaço por não apresentar as complicações da CEC. Segundo as diretrizes de revascularização miocárdica da Sociedade Europeia de Cardiologia 2010 e das sociedades americanas 2011, a CRVM sem CEC é indicada principalmente para pacientes com insuficiência renal crônica, com aorta calcificada e com risco elevado de AVC intraoperatório, após ATC sem sucesso e com alterações de coagulação (WALTER, 2012).

A CRVM sem CEC pode reduzir o tempo de internação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por reduzir o trauma operatório (SILVA, 2011 a).

De acordo com as Diretrizes da Cirurgia de Revascularização Miocárdica, para pacientes com outras patologias cardíaca que requerem correção cirúrgica como arritmias graves e insuficiência cardíaca, está contraindicado a CRVM sem CEC (BRICK et al., 2004).

A CRVM também pode ser minimamente invasiva, reduzindo ainda mais o trauma cirúrgico. É executada por meio de uma pequena incisão lateral esquerda, onde é possível visualizar por meio de um videotoroscópio as artérias e ramos coronários. Normalmente realizada sem CEC, podendo ser também feita com CEC. É uma cirurgia segura e eficaz sendo indicada a pacientes menos complexos (MILANI et al., 2012).

Outro tratamento cirúrgico da DAC é a cirurgia de revascularização transmiocárdica a laser CO<sub>2</sub>, feita por meio de raios laser CO<sub>2</sub> liberados no músculo cardíaco por meio de toracotomia anterior lateral e sem CEC. Indicada aos pacientes sem sucesso no tratamento medicamentoso e sem possibilidade de CRVM tradicional (CÉSAR et al., 2014).

#### **4 TRAJETO PERCORRIDO PELO PACIENTE APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR**

Após a cirurgia o paciente é encaminhado para UTI hemodinamicamente estável. Na UTI a assistência foca na monitorização cardiopulmonar, terapêutica da dor, cuidado com a incisão, atividade progressiva e nutrição (SMELTZER et al., 2008).

O paciente é transferido para a UTI mantendo tubo endotraqueal (fornece assistência respiratória), sonda nasogástrica (proporciona descompressão estomacal), cateter de Swan-Ganz (monitorização da pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar), eletrodos (monitorização da frequência cardíaca), marcapasso provisório, drenos (torácico e mediastínico), sonda vesical de demora (SVD) e venoclíseterapia (SMELTZER et al., 2008).

Na UTI permanece em ventilação mecânica no modo ventilação controlada (CVM), devido à sedação decorrente da cirurgia até que seja possível a extubação. É estabelecido monitorização dos parâmetros hemodinâmicos e acompanhamento dos mesmos. Os frascos da drenagem torácica e mediastínica devem ser observados para anotação do volume de sangue drenado (FORTUNA, 2002).

Geralmente a dieta oral é liberada após 24hs dependendo do peristaltismo intestinal, com o paciente estável e lúcido, após a iniciação da dieta o volume de líquidos infundidos é reduzido (JOÃO; FARIA, 2003).

A equipe de enfermagem deve estar atenta ao manuseio dos cateteres, sondas, drenos, frascos, eletrodos e aparelhos que estão ligados ao paciente, reduzindo o risco de infecção e contribuindo para sua segurança (FORTUNA, 2002).

O período pós-operatório (PO) imediato denota diversos desafios para a equipe de saúde, requer a monitorização contínua de todos os parâmetros hemodinâmicos e a ação imediata a qualquer tipo de intercorrência (MACHADO; MARTINS; CARAMELLI, 2004).

O paciente hemodinamicamente estável pode ser extubado em 2 a 4 horas após a cirurgia, minimizando o desconforto e a ansiedade. Em média, o paciente recebe alta da UTI para o quarto no 2º PO já extubado, sem drenos e sem marcapasso provisório, apenas com o fio de marcapasso para posterior retirada e no 5º PO recebe alta hospitalar nos casos sem intercorrências (SMELTZER et al., 2008).

## 5 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

Segundo resolução do COFEN 311/07 é de responsabilidade e dever do profissional de enfermagem exercer atividade educativa, buscando através da criatividade meios para melhor assimilação das orientações perioperatórias (COFEN, 2007).

É fundamental que o enfermeiro reconheça a importância do vínculo cliente-família-profissional no reestabelecimento do paciente hospitalizado. A assistência ao paciente cardíaco não deve ser embasada somente na patologia, é necessário que o enfermeiro tenha uma visão holística e atenda as necessidades do cliente (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

As orientações perioperatórias fornecidas ao paciente minimizam o estresse vivenciado devido à cirurgia. Quando o cliente tem ciência das etapas que passará devido ao procedimento cirúrgico, ele permanece mais tranquilo e confiante, menos vulnerável a complicações (TEIXEIRA et al., 2013).

Segundo Quintana e Kalil (2012), a ansiedade no período pré-operatório é um sinal de que o paciente pode desenvolver depressão no período pós-operatório, o que pode dificultar o seu reestabelecimento e interferir na sua recuperação. Através das orientações pré-operatórias é possível reduzir a ansiedade do paciente tirando suas dúvidas e o tranquilizando quanto ao procedimento. Compete ao enfermeiro identificar possíveis sinais depressivos no período pré-operatório e se necessário solicitar acompanhamento psicológico.

Devido à cirurgia cardíaca ser um procedimento complexo, faz despertar muitos sentimentos e dúvidas no paciente e familiares. Cabe ao enfermeiro ser o elo do paciente com o procedimento que será realizado, fornecendo orientações concisas a fim de sanar as dúvidas e tranquiliza-lo (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012).

Estabelecer vínculos com o paciente e deixa-lo ciente de todo o procedimento, faz com que ele confie na equipe e tenha segurança no procedimento que será realizado (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERIAN, 2011).

É de suma importância que o enfermeiro tenha um cuidado holístico, conheça o perfil do paciente, sua patologia, entenda e saiba lidar com seu estado emocional. Assim será possível orienta-lo quanto ao procedimento e os cuidados pós-operatórios de maneira compreensível e eficaz (DUARTE et al., 2012).

A orientação de enfermagem contribui efetivamente na recuperação e reabilitação do paciente, quando o mesmo participa ativamente de todo o processo, se torna capaz de ter

autonomia no seu autocuidado tornando sua recuperação mais rápida e adequada (CARVALHO; MAMEDE; ARAÚJO, 2011).

Temos várias orientações de enfermagem para os pacientes em pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, dentre elas estão: cuidados com o curativo, dieta, tabagismo, etilismo, atividade física, atividade sexual, viagens, retorno as atividades de trabalho, vida social, retorno ao médico.

Os cuidados com a incisão cirúrgica devem ser: lavar com água e sabão, passar óleo de girassol ao redor, pode existir uma discreta coceira e vazar uma secreção clara ou com sangue em pequena quantidade. Caso ocorra vazamento de grande quantidade ou abertura da incisão, entrar em contato com o cirurgião (ROMANZINI et al., 2010).

A dieta deve ser de preferência alimentos *lights* e com fibras, uma dieta hipossódica, comer em pequenas quantidades de preferência várias vezes ao dia. Uma alimentação rica em ácido graxos insaturados como ômega 3 (soja, canola, linhaça e peixes de água fria), ômega 6 (óleo de soja, milho e girassol) e ômega 9 (castanhas, nozes e amêndoas), promovem a declínio do triglicérides plasmático, além de ter efeitos cardiovasculares como a diminuição da viscosidade do sangue e aumento do relaxamento do endotélio. Recomenda-se a ingestão de fibras solúveis como frutas, aveia, feijão, grão de bico e lentilha, elas diminuem efetivamente o colesterol sanguíneo (NETO et al., 2007).

O tabagismo deve ser cessado, pois é um dos fatores que pode comprometer o reestabelecimento e manutenção da saúde. A não cessação do tabagismo pode levar a novos eventos ateroscleróticos (NETO et al., 2007).

A atividade física nos primeiros 60 dias deve ficar restrita a caminhadas leves ou após a liberação do cardiologista para as atividades de rotina do paciente (BRICK et al., 2004). Estudos, como o de Guimarães, Gardenghi e Silva (2015) comprovam que atividade física no período pré-operatório e pós-operatório contribui efetivamente no processo de reabilitação cardíaca. Estabelece uma evolução da habilidade aeróbia, restringi as manifestações pertinentes aos esforços, melhora os sistemas respiratório, cardiovascular e musculoesquelético, e em conjunto com modificações do estilo de vida, resulta na redução da mortalidade.

De acordo com Pinheiro, Pinheiro e Marinho (2007) recomenda-se cessar o uso de álcool, pois o etilismo eleva a pressão arterial, podendo ocasionar o aparecimento de hipertensão arterial e acidente vascular hemorrágico.

O retorno às atividades laborais, no momento adequado será orientado pelo cardiologista, importante ressaltar que estas atividades contribuem bastante no processo de reabilitação após a cirurgia (PIMENTEL et al., 2013).

Os contatos sociais contribuem no reestabelecimento do paciente. O afastamento das relações sociais pode ocasionar problemas psicológicos como depressão e ansiedade dificultando a recuperação (CALLEGARO et al., 2012).

Durante os primeiros 30 dias não realizar viagens que excedam 2 horas. Caso seja necessário uma viagem com duração superior a 2 horas, fazer pausas durante o percurso. Para tal atividade será necessário consentimento médico (FREITAS; OSUGUI, 2012).

Segundo Callegaro et al. (2012) a vida sexual interfere no reestabelecimento da vida normal e deve ocorrer desde que o paciente se sinta confortável para tal e é essencial a paciência do casal no retorno a atividade.

O retorno ao médico assistente é indicado o mais breve possível após a alta hospitalar, para acompanhamento e prescrição do tratamento medicamentoso a ser seguido (PINHEIRO; PINHEIRO; MARINHO, 2007).

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

### 6.1 Material

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise de dados baseada na análise de conteúdo de Bardin, com o objetivo de avaliar o conhecimento do paciente no pós-operatório de revascularização do miocárdio, com métodos de procedimento monográfico.

### 6.2 Métodos

Os entrevistados foram abordados por meio de um roteiro de entrevista aplicado durante o segundo semestre de 2015, buscando esclarecer qual o conhecimento do paciente nos cuidados pós-operatório de Revascularização do miocárdio, após os resultados das entrevistas foram avaliadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo de Bardin consiste na interpretação, organização e sistematização de conteúdos textuais obtidos através das entrevistas, com o objetivo principal de explorar e interpretar determinado objeto de interesse. Pode ser classificado em quantitativo de caráter objetivo, embasada em procedimentos estatísticos da descrição de conteúdos textuais ou qualitativa de caráter subjetivo, embasada na formação e averiguação intuitiva de hipóteses. A análise de conteúdo compreende três fases: a) Pré-análise consiste na organização e preparação do material a ser analisado com distinção e delimitação do texto; b) Exploração do material consiste na sistematização das categorias e unidades textuais com base no objetivo da pesquisa; c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, abrange a avaliação do conteúdo adquirido para obtenção dos indicadores adequados ao objetivo do texto e a consolidação das informações obtidas (BARDIN, 2002).

A pesquisa foi realizada através do recrutamento dos pacientes do município de Varginha-MG submetidos à CRVM em um hospital de médio porte do município. Os pacientes deste estudo foram convidados a participar da pesquisa aleatoriamente, foram contactados por telefone e comunicados sobre o propósito do trabalho e o conteúdo da entrevista, bem como a forma de gravação por meio de áudio que, depois da devida autorização seria transcrito na íntegra e transformado em categorias de análise. Neste momento, foram acordados dia, hora e local para realização da entrevista, podendo ser efetuada na residência, conforme sua disponibilidade.

A pesquisa foi realizada somente após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas - FEPESMIG sob o Parecer nº 1.286.226.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram ouvidas, transcritas na íntegra e agrupadas em categorias de análises, para dar voz às narrativas dos sujeitos. Adotou-se o nome fictício "CRVM", seguido de um número para identificar a fala do paciente entrevistado.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados se deu por meio de entrevista gravada com 10 pacientes submetidos à CRVM, os quais foram aleatoriamente selecionados, com período operatório de 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013. Percebe-se que a amostra caracterizou-se por pacientes do sexo masculino (60%) na sua maioria com idades variadas entre 59 a 81 anos. Sendo 40% do sexo feminino com idades variantes de 54 a 72 anos.

Carvalho et al. (2008) afirma que a DAC se relaciona com o avanço da idade e é considerado elevado entre homens, comparados com as mulheres, em todas as faixas etárias.

Em relação à caracterização dos 10 pacientes, desses 60% eram casados, 60% portadores de DM e 80% HAS. Todos residiam em casas de alvenaria e apresentavam boas condições de higiene.

Segundo Lima et al. (2012) a maior incidência de pacientes submetidos à CRVM são do sexo masculino em idade avançada e portadores de HAS e DM, representam o grupo mais acometido pela cardiopatia.

Para melhor compreensão à narrativa dos entrevistados, após a transcrição das entrevistas na íntegra optou-se por utilizar as categorias de análise, buscando elucidar os pontos que se direcionam para os objetivos desta pesquisa.

**Categoria de análise 1:** Recordações dos momentos vivenciados no pós-operatório.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam as recordações dos momentos vivenciados no PO em decorrência do procedimento cirúrgico onde demonstram através das falas o impacto vivenciado.

*“... só falaram do repouso, da alimentação não...” CRVM 1*

*“... só falaram que eu estava em recuperação, eu tava muito debilitada e eu ia ficar lá até sair à cirurgia...” CRVM 5*

*“... Ahhh assim, se foi falado eu não lembro bem... Ai é difícil, só sei que eu lembro só dos remédios, que foi falado...” CRVM 8*

Devido à cirurgia ser um momento forte e marcante de suas vidas esperava-se que as recordações estivessem mais aparentes. Para Erdmann et al. (2013) o procedimento cirúrgico de Revascularização do Miocárdio tem um grande impacto no processo de viver do paciente cardiopata, ficando marcado para o resto de suas vidas.

*“... até hoje quando eu pego qualquer coisa, eles ficam com medo...” CRVM 2*

*“... eu tava saindo pro trabalho todo dia, comecei a notar que eu começava sentir falta de ar...” CRVM 3*

*“... eu tava tirando a roupa do varal e senti uma dor muito forte no braço, aí não aguentei...” CRVM 7*

A cirurgia cardíaca provoca sofrimento para o paciente em alguns aspectos como no campo biológico, o indivíduo fica suscetível a sensações de dor, infecções, intervenções invasivas e risco de morte. No campo social, o afastamento temporário da família, limitações da sua autonomia e diminuição ou extinção das atividades laborais (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

*“... senti muita dor, não quero mais mexer com isso...” CRVM 5*

Segundo Maldaner et al. (2014) o procedimento é um marco que define uma chance de renascimento do paciente, que emerge como um momento de fazer mudanças nos hábitos de vida prejudiciais à saúde anteriormente ao aparecimento da cardiopatia, por terem vivenciado uma situação que os colocam em risco de morte.

*“... agora não posso pegar peso, tenho que tomar cuidado com a alimentação...” CRVM 2*

*“... não era pra comer coisa gordurosa... não era pra parar de tomar o remédio... era pra caminhar...” CRVM 5*

*“... evitar mais comidas gordurosas... pra fazer sempre caminhada...” CRVM 8*

*“... não era pra fazer esforço físico, seguir as regras do remédio, não bebe, não ter uma vida sedentária...” CRVM 10*

As experiências da cardiopatia e da cirurgia cardíaca marcam um rompimento do modo de viver, a vida profissional, acarreta incertezas quanto ao processo saúde-doença e a qualidade de vida após a cirurgia (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

Após a cirurgia os pacientes estão suscetíveis a passar por complicações, por eles inesperadas durante o pós-operatório.

*“... eu fui tirar os pontos e aí a cirurgia abriu os pontos...” CRVM 1*

*“... eu fiz um pneumotórax e acabei ficando 7 dias na UTI...” CRVM 4*

**Categoria de análise 2:** Cuidados com a ferida operatória.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam as orientações recebidas quanto ao cuidado com a ferida operatória.

*“... sabonete e água deixar correr...” CRVM 3*

*“... lava bem com sabão e passar mertiolate...” CRVM 5*

*“... lavar bem com água e sabão, bem lavado...” CRVM 7*

*“... foi orientado a fazer a limpeza com água e sabão...” CRVM 10*

Uma das principais complicações de cirurgia cardíaca reconstrutora são as contaminações de sítio cirúrgico, o paciente deve ser bem orientado a fazer a limpeza com água e sabão, é essencial que sejam conscientizados a importância da higienização das mãos antes de tal procedimento (ROMANZINI et al., 2010).

Além dos cuidados com a incisão cirúrgica o paciente deve estar orientado a reconhecer os sinais de infecção, como: aumento de secreção na linha da incisão, aumento da abertura da incisão, dor local, vermelhidão ou inchaço ao redor da incisão, calor local, aumento da temperatura corporal. No caso de identificação dos sinais procurar atendimento médico (BARBOSA, 2007).

*“... se eu percebesse alguma mancha escura no local que foi feita a cirurgia, era pra procurar lá os médicos rapidamente...” CRVM 8*

### **Categoria de análise 3: Importância da dieta no pós-operatório.**

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam as orientações fornecidas quanto à dieta no pós-operatório.

*“... falaram que não era pra comer coisa gordurosa...” CRVM 5*

*“... não comer comida gordurosa...” CRVM 6*

*“... eu não podia comer gordura...” CRVM 7*

*“... evitar mais comidas gordurosas...” CRVM 8*

Uma das preocupações com a dieta baseia-se muito no paciente que é portador DM, HAS e hipercolesterolemia por serem os principais fatores de risco, podendo evitar a necessidade de reoperação (LIMA et al., 2012).

Recomenda-se evitar a ingestão de alimentos ricos em gorduras animal, pois prejudicam a circulação. A alimentação deve ser fracionada, em quantidades moderadas e intervalos regulares. Não ingerir alimentos gordurosos e com excesso de sal, pois o excesso de sódio pode ocasionar a retenção de líquidos no organismo e aumentar a pressão sanguínea, os alimentos gordurosos podem elevar o índice de colesterol, podendo ocasionar novas obstruções coronarianas (BARBOSA, 2007).

Aconselha-se ingerir alimentos que contribua na cicatrização, pois facilitam na formação de tecido, contribuindo na cicatrização da incisão cirúrgica. A ingestão de músculo é recomendada devido à proteína facilitar a formação de tecido, imprescindível para o fechamento da incisão (ZANIN, 2015).

*“... o bom pra minha alimentação era músculo...” CRVM 3*

*“... em relação à alimentação que deveria comer músculo, na realidade não me orientaram que podia comer peixe...” CRVM 4*

A mudança de hábitos na alimentação é um grande obstáculo enfrentado pelos pacientes, mais um obstáculo a ser superado. É importante que o paciente tenha compreendido a importância da dieta a fim de ter uma qualidade de vida melhor sem probabilidade de reincidivas (CALLEGARO et al., 2012).

**Categoria de análise 4:** Retorno a atividade física.

*“... era pra caminhar, mais não consigo caminhar muito...” CRVM 5*

*“... falaram pra fazer caminhada, mais eu não fiz...” CRVM 7*

*“... pra fazer sempre caminhada no lugar mais plano...” CRVM 8*

*“... não ter vida sedentária...” CRVM 10*

Os entrevistados expressaram estar conscientes da importância do retorno a atividade física, apesar da maioria não fazer.

A atividade física consiste em qualquer movimento corporal que gera contração dos músculos, tendo como resultado gasto calórico. É uma ferramenta essencial na terapêutica de diversas doenças cardiovasculares (GUIMARÃES; GARDENGHI; SILVA, 2015).

A atividade física regular contribui na diminuição do estresse emocional, fornece efeitos benéficos como o aumento da longevidade, redução da mortalidade e da incidência de novas cardiopatias (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

Através da orientação efetiva e do acompanhamento da equipe de saúde é possível que o paciente assimile que a atividade física é um instrumento de superação, que facilita e beneficia seu restabelecimento e manutenção da saúde (ERDMANN et al., 2013).

Segundo Silva, Dias e Reis (2012) a atividade física é fundamental tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, pois reduz as complicações pós-operatórias, de acordo com eles a introdução de exercício antes da cirurgia contribui na diminuição da permanência no hospital e melhora a qualidade de vida.

A prática de atividade física deve estar inserida no processo de reabilitação cardíaca do paciente revascularizado, apesar de ser uma dificuldade aparente para eles é fundamental a inserção da atividade física como novo hábito de vida. Ela proporciona a manutenção da saúde e melhora da qualidade de vida (CALLEGARO et al., 2012; GUIMARÃES; GARDENGHI; SILVA, 2015).

**Categoria de análise 5:** Decúbito adequado no pós-operatório.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam as orientações fornecidas quanto ao decúbito adequado no pós-operatório.

*“... ficar deitado num jeito só...” CRVM 2*

*“... falaram a posição correta pra ficar... o difícil é ficar dormindo em uma só posição...” CRVM 3*

*“... não deitar de barriga pra baixo durante 3 meses...” CRVM 4*

*“... a posição pra deitar... ahhh o ruim é pra dormir, não podia ficar de lado... foi o maior desconforto...” CRVM 6*

*“... acho que o desconforto maior foi em dormir de costas, acho que esse foi o maior desconforto...” CRVM 9*

Os sujeitos da pesquisa demonstraram grande relutância em dormir apenas em decúbito dorsal, além de expressarem a maior dificuldade vivenciada pelos pacientes no pós-operatório. A recomendação do decúbito dorsal é uma queixa frequente, visto que contribui na privação do sono, ou seja, remoção ou supressão parcial do sono (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

É orientado o decúbito dorsal por pelo menos 30 dias após a cirurgia, para evitar atrito e compressão do osso esterno (BARBOSA, 2007). A maioria dos pacientes relatam problemas para iniciar o sono, sendo causa mais frequente encontrar uma posição confortável (CARVALHO; MAMEDE; ARAÚJO, 2011).

**Categoria de análise 6:** Atuação da enfermeira em relação ao cuidado.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam a importância que a enfermeira exerce em relação ao cuidado.

*“... a cirurgia abriu os pontos... a enfermeira vinha me curar em casa...”*

*“... as enfermeiras lá me explicou direitinho... foi a enfermeira que me orientou como eu ia fazer...” CRVM 2*

*“... mais a enfermeira estava sempre ajudando, tudo que eu precisava elas me ajudavam...” CRVM 5*

*“... elas tiveram uma preocupação principalmente no dia da alta, foi duas ou três pessoas pra orientar, orientaram muito bem...” CRVM 9*

Os entrevistados deixam clara a importância da enfermeira e da equipe de enfermagem, enfatizam gratidão pelos cuidados diretos, pelo apoio emocional e confiança.

A enfermagem é a profissão cujo instrumento de trabalho é o cuidado, sendo assim, o enfermeiro é a figura principal nos processos de atenção a saúde. No âmbito hospitalar seu papel é ainda mais relevante visto que, cuida de pacientes prestes a passar por um momento marcante como a cirurgia cardíaca. Seus cuidados não se restringem a apenas um período, propaga-se no perioperatório como um todo, incluindo o período após a alta hospitalar (CARVALHO et al., 2008; ROMANZINI et al., 2010).

Segundo Remonatto, Coutinho e Souza (2012) a enfermagem deve estabelecer um elo com o paciente e família, estando atenta às dúvidas existentes e esclarecendo-as, para assim prepará-los para o restabelecimento após a cirurgia, além de tornar esse período menos estressante.

Erdmann et al. (2013) enfatiza que a enfermagem deve atuar oferecendo/exercendo um cuidado personalizado, criativo, compreensivo, contemplando o paciente na sua totalidade e complexidade. A efetiva atuação da equipe de enfermagem reduz o estresse da hospitalização e do processo cirúrgico, minimizando a ansiedade às possíveis complicações.

Para Parcinello, Fonseca e Zamberlan (2011) a enfermagem precisa formar uma relação confiável, instigando-o a falar seus sentimentos relacionados às suas necessidades, autoconceito, temores e frustrações.

Segundo Carvalho, Mamede e Araújo (2011) o papel do enfermeiro é abrangente no cuidado com o paciente cirúrgico, engloba desde os cuidados pré-operatório com identificação precoce de complicações no período perioperatório, até o aporte psicológico ao paciente e familiares.

A assistência de enfermagem capacitada é capaz de identificar possíveis complicações no pós-operatório e que refletiriam na vida do paciente, para tanto deve ser traçado um plano de cuidados baseado na individualidade de cada cliente, buscando oferecer um cuidado holístico em todos os âmbitos, sejam eles biológicos ou psicológicos (LOPES et al., 2014).

É fundamental que a enfermagem busque conhecimento técnico-científico e compreensão acerca das necessidades vividas pelos pacientes, assim poderá traçar um plano de cuidados sistemático, oferecendo uma assistência de qualidade aos pacientes de cirurgia cardíaca (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

#### **Categoria de análise 7: Eficácia da orientação.**

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam a eficácia da orientação recebida.

*“... na realidade quando a gente sai do hospital, não estamos com tanto discernimento... agente não guarda tudo que a enfermeira fala...” CRVM 4*

*“... eu lembro só dos remédios, que foi falado...” CRVM 8*

*“... não me recordo viu...” CRVM 9*

É essencial que o paciente e seus familiares recebam orientações de qualidade, o restabelecimento inadequado do paciente está diretamente ligado ao conhecimento deficiente. Cabe ao enfermeiro desenvolver instrumentos de trabalho adequados para passar as

orientações de forma clara e concisa, da maneira que o paciente possa compreender capacitando-o para o auto cuidado após a alta hospitalar (ROMANZINI et al., 2010).

É de grande importância à enfermeira estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente e familiares, isso resulta em um pós-operatório de qualidade. A comunicação entre o paciente e a equipe de saúde deve ser estabelecida desde a admissão até a alta hospitalar, o instante da alta hospitalar é o mais esperado pelo paciente e pela família, um momento de muita ansiedade que envolve diversas dúvidas (CARVALHO et al., 2008).

Compete ao enfermeiro, o profissional mais capacitado, próximo ao paciente e familiar, ter um cuidado holístico, conhecer o perfil do paciente e compreender a melhor forma de assimilação das orientações a serem passadas (DUARTE et al., 2012).

É direito do paciente ser informado e receber orientações quanto a sua patologia, tratamento, recuperação em termos que possa compreender. Além de ser um direito, reduz a ansiedade proporcionando um pós-operatório tranquilo com um restabelecimento em menor tempo. A orientação deve ser contínua desde a admissão até a alta proporcionando uma melhor assimilação pelo paciente (DUARTE et al., 2012).

Devido à presença de diversos sentimentos no paciente e sua família no decorrer da internação, fato que colabora para que diversas orientações não sejam compreendidas, devido ao estresse que os acompanham atrapalhar a concentração e a memorização. O folheto impresso de orientações é bastante efetivo, visto que o paciente pode recorrer a ele em sua residência para esclarecer suas dúvidas (CARVALHO et al., 2008).

*“... eles têm uma cartilha, não sei se segue aquilo ali, foram passo a passo e tal...”*

*CRVM 9*

Espera-se que a comunicação escrita, seja um instrumento elementar na manutenção do cuidado após a alta hospitalar. Mas compete ao enfermeiro conhecer o perfil de cada paciente e verificar qual o meio melhor para a sua compreensão (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012).

O restabelecimento inadequado do paciente pode estar inteiramente ligado à deficiência de informações (DUARTE et al., 2012). Para Teixeira et al. (2013) os pacientes que são melhor orientados e que compreendem as orientações fornecidas apresentam uma melhor recuperação, enfrentam de maneira mais tranquila todo o tratamento.

**Categoria de análise 8:** Participação da família no processo de cura e recuperação.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam a importância da família durante o período perioperatório.

*“... a minha filha ficou comigo sempre...” CRVM 5*

*“... tava junto com a minha esposa... ela acompanhou tudo...” CRVM 9*

*“... minha mulher me ajudou muito, os filhos já é casado, mais todo mundo ajudou...”*

#### *CRVM 10*

A inclusão dos familiares durante todo o processo contribui efetivamente no melhor enfrentamento da cardiopatia e do procedimento cirúrgico. A presença e apoio dos familiares neste momento colaboram conseqüentemente na melhora da qualidade de vida desses cardiopatas (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

De acordo com Erdmann et al. (2013) o apoio familiar minimiza a ansiedade e o estresse cirúrgico, os cuidados e envolvimento familiar contribuem para a recuperação do paciente. A presença de conflitos familiares provocam prejuízos emocionais que refletem no restabelecimento do paciente.

A tríade cliente-família-profissional é aliada no restabelecimento do paciente. O suporte familiar é de suma importância para que o paciente se sinta seguro e confiante para passar pela cirurgia e pela recuperação durante o pós-operatório. Para que seja possível a família oferecer esse suporte ao paciente, é imprescindível a equipe de enfermagem ofereça orientações à mesma, inserindo-a no processo saúde-doença do paciente em questão (PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

À presença da família é um aspecto essencial no restabelecimento do paciente. Os indivíduos submetidos à CRVM valorizam a presença da família e querem aproveitar mais o tempo com os entes queridos. Quando o paciente tem apoio familiar, ele tem melhor adesão ao tratamento e uma melhor recuperação pós-cirurgia (MALDANER et al., 2014).

A participação da família durante a reabilitação cardíaca do paciente é um instrumento fundamental e imprescindível na adesão de novos hábitos de vida, o apoio familiar traz segurança ao paciente revascularizado (CALLEGARO et al., 2012).

#### **Categoria de análise 9: A importância da relação médico-paciente.**

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam a importância da relação médico-paciente.

*“... tive orientação do médico do médico quando eu tive alta...” CRVM 5*

*“... O Dr... foi no quarto e me explicou, falou pra seguir a receita dos medicamentos, pra depois procurar o cardiologista e fazer acompanhamento...” CRVM 6*

É essencial a relação médico-paciente, especialmente para os cardiopatas devido à importância do coração, por ser um órgão vital e pelo seu simbolismo em relação a sentimentos. É fundamental que o paciente seja bem orientado também pelo médico, quanto ao seu problema e os cuidados que terá que seguir (CARVALHO; CIDADE, 2000).

Para Carvalho et al. (2008) o médico é para o paciente uma referência, é a figura em que deposita sua confiança e esperança, uma vez que é o profissional que o acompanha desde o instante da decisão pela cirurgia, até o momento da alta hospitalar.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa os pacientes demonstraram ter algum conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios, mas se faz necessário que a enfermagem reforce ainda mais as orientações fornecidas. Ficou evidente que muitas das orientações dadas não foram assimiladas pelos mesmos, talvez pelos sentimentos presentes durante o período de internação.

Compete ao enfermeiro fornecer orientações contínuas desde a admissão até o momento da alta, onde o enfermeiro deve conhecer o perfil do paciente e transmitir as orientações conforme condições para melhor compreensão e assimilação do paciente. Deve estar atento às dúvidas do paciente e familiares e esclarecê-las, provendo subsídios para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Evidencia-se que o conhecimento do paciente quanto ao seu tratamento e aos cuidados a serem seguidos contribui efetivamente no seu restabelecimento proporcionando condições mais eficazes na sua recuperação e autonomia sobre o autocuidado.

Ressalta-se que o trabalho do enfermeiro está diretamente ligado ao conhecimento que o paciente terá após a alta hospitalar, visto que, cabe a ele estabelecer vínculo com o paciente, transmitindo confiança e oferecendo um plano de cuidados humanizado, assegurando o direito do paciente de receber todas as orientações necessárias ao autocuidado.

Portanto é necessário que os enfermeiros tenham consciência do quanto são importantes às orientações dadas por eles, e quanto elas influenciam na recuperação do paciente revascularizado. A equipe de saúde deve buscar diariamente o aprofundamento técnico-científico, para subsidiar a prática clínica e oferecer novas maneiras para transmitir as orientações cabíveis.

Sugere-se que as orientações continuem sendo fornecidas por escrito, porém, ressalto que, toda e qualquer orientação fornecida deve ser baseada no perfil de cada paciente, visto que, a enfermagem deve atuar na humanização da assistência baseada na integralidade do cuidado de maneira única e individual, pois cada ser humano possui suas características, e as mesmas devem ser analisadas para se manter o elo de comunicação do paciente e da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.O. et al. Abordagem terapêutica para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Científica**, v.2, n.2, 2013. Disponível em: <<http://177.159.202.218:83/index.php/NOVA/article/view/61>>. Acesso em: 12 Mai. 2015.
- BARBOSA, M.H. et al. Complicações em pacientes submetidos à Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria**, n. 31, 2013. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt\\_clinica2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_clinica2.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2015.
- BARBOSA, R.S. **Cirurgia Cardíaca: Manual Pós-operatório**. Hospital Balbino, 2007. Disponível em: <<http://www.hospitalbalbino.com.br/arquivos%20download/Manual%20pos-operatorio%20para%20cirurgia%20cardiaca.pdf>>. Acesso em: 21 Out. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BUENO, F.R. et al. Capacidade de exercício e seu valor prognóstico no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Fisioter Mov.**, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n4/a17v25n4.pdf>>. Acesso em: 22 Out. 2015.
- BRAILE, M.D.; GODOY, F.M. Caminhos da Cardiologia. **Arquivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 66, n. 1, 1996. Disponível em: <<http://www.cardiol.com.br>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 15 Mai. 2015.
- BRICK, V.A. et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. **Arquivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, vol. 82, suppl. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001100001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 Mar. 2015.
- CALLEGARO, G.D. et al. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/19.pdf>>. Acesso em: 17 Mai. 2015.
- CARVALHO, D.L.; MAMEDE, V.M.; ARAÚJO, O.R.M. Conhecimento de pacientes sobre o processo de autocuidado em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Caderno de Pesquisa de São Luís**, v. 18, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/734>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.
- CARVALHO, A.R.S. et al. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, 2008. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n2/pdf/v10n2a21.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a21.pdf)>. Acesso em: 21 Out. 2015.

CARVALHO, L.; CIDADE, W.. Depressão, impotência e cardiopatia. **Revista SOCERJ**, v. 13, n. 3, 2000. Disponível em: <[http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2000\\_v13\\_n03\\_art06.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2000_v13_n03_art06.pdf)>. Acesso em: 25 Out. 2015.

CESAR, L.A. et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arquivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 103, n. 2, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/v103n2s2/pt\\_0066-782X-abc-103-02-s2-0001.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v103n2s2/pt_0066-782X-abc-103-02-s2-0001.pdf)>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

DUARTE, M.C.S. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/03.pdf>>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

ERDMANN, L.A. et al. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 21, n. 8, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a07](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a07)>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

FERREIRA, M.; LOGUECIO, R.Q. A análise de conteúdo como estratégia de pesquisa interpretativa em educação em ciências. **Revista de educação, linguagem e literatura**, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ueg.br/index.php/revelli/article/view/3006/2030>>. Acesso em: 21 Jul. 2015.

FORTUNA, P. **Pós-operatório Imediato em Cirurgia Cardíaca**. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

FREITAS, O.E. et al. Perfil de pacientes com doença arterial coronariana submetidos ao cateterismo cardíaco. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11124/pdfhttp://enfermagem.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=116>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

FREITAS, V.C.; OSUGUI, D.M.. **Cirurgia Cardíaca: orientações pré e pós-operatória**. Varginha: Minas Cardio, 2012.

GALTER, C.; RODRIGUES, C.G.; GALVÃO, F.C.E.. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 28, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03\\_jul-set/V28\\_n3\\_2010\\_p255-258.pdf](http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03_jul-set/V28_n3_2010_p255-258.pdf)>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

GUIMARÃES, F.A.B.; GARDENGHI, G.; SILVA, F.M.F. Reabilitação cardíaca, tratamento e prevenção: revisão bibliográfica. **Revista Movimenta**, v. 8, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/3380>>. Acesso em: 03 Jun. 2015.

- JOÃO, P.R.D.; FARIA, F.J.. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s2/v79s2a11.pdf>>. Acesso em: 28 Out. 2015.
- LIMA, T.E.F. et al. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1080>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.
- LIRA, C.B.A.L. et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 5, 2012. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4587/1/2012\\_art\\_albclira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4587/1/2012_art_albclira.pdf)>. Acesso em: 11 Fev. 2015.
- LOPES, V.D. et al. Assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <[www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/1365/pdf](http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/download/1365/pdf)>. Acesso em: 24 Abr. 2015.
- MACHADO, F.S.; MARTINS, M.A.; CARAMELLI, B.. **Perioperatório: procedimentos clínicos**. 1ª ed. São Paulo: Editora SARVIER, 2004.
- MALDANER, C.R. et al. O cotidiano de adultos e idosos após a revascularização miocárdica. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em: <[www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../pdf\\_1048](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/.../pdf_1048)>. Acesso em: 20 Out. 2015.
- MANSUR, P.A.; FAVARATO, D.. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arquivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 99, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012001100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010)>. Acesso em: 16 Mar. 2015.
- MILANI, M.R. et al.. Revascularização do Miocárdio Minimamente Invasiva Videoassistida. **Arquivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nahead/aop04912>>. Acesso em: 16 Mar. 2015.
- NETO, A.A. et al.. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da Aterosclerose / Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, v. 88, s.1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0066-782X2007000700002&pid=S0066-782X2007000700002&pdf\\_path=abc/v88s1/01.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0066-782X2007000700002&pid=S0066-782X2007000700002&pdf_path=abc/v88s1/01.pdf)>. Acesso em: 05 Jun. 2015.
- NOBRE, F.; SERRANO, C.V. Jr. **Tratado de Cardiologia**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2005.

PARCINELLO, K.M.; FONSECA, P.G.G.; ZAMBERIAN, C.. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós- cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/89>>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

PIMENTEL, J.F. et al. Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 16, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a09.pdf>>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

PINHEIRO, D.G.M.; PINHEIRO, C.H.J.; MARINHO, M.J.F.. Estilo de vida e importância da educação Em saúde na reabilitação cardíaca após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1029>>. Acesso em: 05 Jun. 2015.

QUINTANA, J.F.; KALIL, R.A.K.. Cirurgia Cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092012000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092012000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

REMONATTO, A.; COUTINHO, R.O.A.; SOUZA, N.E.. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829>>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

RIBEIRO, L.M. **Angioplastia coronariana**. Cardio Graph, 2013. Disponível em: <<http://www.ccardiograph.com.br/index.php/tratamentos/105-angioplastia-coronariana>>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

ROMANZINI, E.A. et al. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/112>>. Acesso em: 11 Fev. 2015.

SILVA, D. **Circulação Extracorpórea**. Liga Acadêmica de Cirurgia Cardíaca Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, 2011 a. Cap. 3. Disponível em: <[http://www.huufma.br/lacic/lacic/Apostila\\_files/Capi%CC%81tulo%203%20CEC.pdf](http://www.huufma.br/lacic/lacic/Apostila_files/Capi%CC%81tulo%203%20CEC.pdf)>. Acesso em: 22 Mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Revascularização do Miocárdio**. Liga Acadêmica de Cirurgia Cardíaca Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, 2011 b. Cap. 6. Disponível em: <[http://www.huufma.br/lacic/lacic/Apostila\\_files/Capitulo%206%20\\_REVASC.pdf](http://www.huufma.br/lacic/lacic/Apostila_files/Capitulo%206%20_REVASC.pdf)>. Acesso em: 16 Mar. 2015.

SILVA, M.A.M.; DIAS, G.B.; REIS, H.F.C. Inatividade física em pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca. **EFDeportes Revista Digital**, v. 15, n. 166, 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd166/pacientes-em-pre-operatorio-de-cirurgia-cardiaca.htm>>. Acesso em: 25 Out. 2015.

SMELTZER, S.C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Pág. 726-771.

SOARES, T.M.G. et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Revista Bras Cardiol**, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.com.br>>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOCERJ). **Doença Coronariana**. SOCERJ, 2013 a. Disponível em: <<http://socerj.org.br/doenca-coronariana/>>. Acesso em: 26 Out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Angioplastia**. SOCERJ, 2013 b. Disponível em: <<http://socerj.org.br/angioplastia/>>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

TEIXEIRA, V.M. et al. Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, n.3, 2.ed, 2013. Disponível em:<<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/329>>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

WALTER, J. G.. Cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea: O cirurgião cardíaco deve dominar ambas as técnicas. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n2/v27n2a02.pdf>>. Acesso em: 16 Mar. 2015.

ZANIN, T.. **Alimentos cicatrizantes**. Tua Saúde, 2015. Disponível em:<<http://www.tuasaude.com/alimentos-cicatrizantes/>>. Acesso em: 26 Out. 2015.



## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** O conhecimento dos pacientes nos cuidados pós-operatórios da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

**Pesquisador Responsável:** Denise Maria Osugui

**Instituição a que pertence o Pesquisador**

Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG

Telefone para contato: (35) 3219-5000

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “O conhecimento dos pacientes nos cuidados pós-operatórios da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio”, de responsabilidade da pesquisadora Denise Maria Osugui.

Este projeto justifica-se pelo fato de que é essencial que o paciente seja bem orientado e tenha conhecimento quanto a sua cirurgia, recuperação e os cuidados pós-operatórios, em razão de que assim o paciente terá mais autonomia em seu próprio cuidado, evitando retorno à unidade hospitalar e complicações após a cirurgia. Tem como objetivo geral investigar o conhecimento dos pacientes quanto às orientações do pós-operatório da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

Será por meio de um roteiro de entrevista, aplicado nas residências dos pacientes de Varginha-MG submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, o áudio das entrevistas serão gravados e transcritos na íntegra para análise.

O presente estudo não oferecerá nenhum risco à vida dos participantes, será respeitado seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de resposta quando julgar oportuno.

Tem-se como benefício esperado compreender o quanto é importante o enfermeiro prestar um cuidado individualizado e ter um papel de educador em saúde, contribuindo assim no reestabelecimento do paciente.

A participação na pesquisa é voluntária e será garantida a confidencialidade das informações geradas e privacidade do sujeito da pesquisa.

Varginha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Denise Maria Osugui

Declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

**APÊNDICE II****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data da cirurgia: \_\_\_\_\_  
Tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_ Pontes: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_  
Filhos: \_\_\_\_\_ Quantos: \_\_\_\_\_  
Comorbidades: \_\_\_\_\_  
Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Como foi à descoberta da patologia e da cirurgia?

Como foi o período de internação (cuidar depois de operado no hospital – recebeu orientações, quais)?

Como foi cuidar em casa (recebeu e assimilou os conhecimentos, qual a maior dificuldade)?

## ANEXO I

41

## ANEXO I



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS UNIS-MG,  
UNIDADE DE GESTÃO DA SAÚDE E SOCIEDADE-GESS

MONOGRAFIA  
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

ALUNO Michèle Castilho Alves de Souza  
CURSO Enfermagem em enfermagem  
PERÍODO 8º período  
PROFESSOR ORIENTADOR Denise Maria Libugli  
TÍTULO DA MONOGRAFIA Conhecimento dos pacientes nos cuidados pós-operatório da cirurgia de derivascularização do miocárdio.

Parecer sobre a monografia:

Trabalho de extrema relevância a equipe de saúde visto que, permitiu reconhecer a importância das orientações de enfermagem baseada na integralidade do cuidado, sinalizando que as orientações devem ser integradas, mas que as orientações devem ser realizadas de maneira única e individual.

- Autorizo o (a) aluno (a) a entregar a monografia para finalizar correção metodológica.  
 O conteúdo não está pronto

( 30 ) Nota (Atribuir nota de 0 a 10 no conteúdo)

Obs: Essa nota será lançada no diário da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso/TCC.

Varginha, 23 de setembro de 2015

Denise Maria Libugli  
ENFERMEIRA  
COREN-MG: 123.044

Denise Maria Libugli

Assinatura do Orientador

## ANEXO II

FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA DO SUL DE MINAS-  
UEMG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DOS PACIENTES NOS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Pesquisador: DENISE MARIA OSUGUI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 48925615.1.0000.5111

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas-FEPESMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.286.226

Apresentação do Projeto:

Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Recomendações:

Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP concorda com o parecer do relator e opina pela aprovação deste protocolo de

Endereço: Rua Coronel José Alves, 256  
Bairro: Bairro Vila Pinto  
UF: MG Município: VARGINHA CEP: 37 010-540  
Telefone: (35)3219-5291 Fax: (35)3219-5251 E-mail: cep@univ-sul.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA DO SUL DE MINAS-  
UEMG



Continuação do Parecer: 1.285.226

pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_572918.pdf	13/10/2015 16:50:27		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/10/2015 16:46:56	Michele Castilho Alves de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	18/08/2015 15:17:58	Michele Castilho Alves de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/08/2015 13:08:56	DENISE MARIA OSUGUI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VARGINHA, 19 de Outubro de 2015

Assinado por:  
Nelson Delu Filho  
(Coordenador)

Endereço: Rua Coronel José Alves, 256  
Bairro: Barro Via Pinto CEP: 37.016-540  
UF: MG Município: VARGINHA  
Telefone: (35)3219-5291 Fax: (35)3219-5251 E-mail: esca@unis.edu.br