

# O PERFIL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE CORONARIANA FRENTE AO PACIENTE SUBMETIDO À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

**Andréia Bastos Severino<sup>1</sup>, Graziela Maria Ferreira<sup>1</sup>, Silvana Braz<sup>1</sup>, Ana de Lourdes Correa<sup>1</sup>, Sílvia Campos Freire<sup>1</sup>**

<sup>1,2,3,4,5</sup> Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova – São José dos Campos-SP – CEP 12244-000  
andreiaseverino@ig.com.br; grazielamariaferreira@bol.com.br; brazsilvana@ig.com.br; anaalc@uol.com.br; melofr@directnet.com.br

**Resumo:** Este estudo tem como objetivos identificar o perfil e conhecimento do profissional de enfermagem de uma Unidade Coronariana (UCO) frente ao paciente submetido à revascularização do miocárdio (RM). Durante o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, os pacientes necessitam de uma assistência de enfermagem específica para facilitar a identificação dos problemas mais comuns e a tomada de decisões, assim como a padronização de condutas e intervenções de enfermagem. Mediante uma sistematização específica e individualizada, poderá identificar e relacionar alterações de parâmetros hemodinâmicos, arritmias, balanço hídrico, suporte ventilatório, sangramentos, estabelecendo critérios para diagnósticos e prescrição de enfermagem, promovendo melhoria na evolução destes pacientes. Foi utilizada uma metodologia descritivo-exploratória, de campo com abordagem quantitativa e aplicou-se um formulário, aos 21 voluntários de enfermagem da UCO de um Hospital de Médio Porte do Interior Paulista. Os resultados apontam que, apesar dos voluntários serem capacitados, necessitam treinamento e/ou educação continuada para atingir melhores objetivos nesse tipo de assistência especializada.

**Palavras-chave:** Unidade Coronariana, Enfermagem, Revascularização do miocárdio.

**Área do Conhecimento:** Ciências da Saúde

## Introdução

Como acadêmicas do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Paraíba e possuindo uma visão crítica quanto ao trabalho do profissional de enfermagem, observamos durante o estágio profissionalizante que a maioria dos enfermeiros desempenha sua função visando o aspecto doença. A partir da observação da prática dos estágios de graduação e do conhecimento sobre a cirurgia cardíaca, surgiu o interesse em verificar a assistência prestada a pacientes submetido à RM, frente à complexidade de cuidados no pós-operatório imediato.

É importante a sincronização da equipe, sem que haja erro técnico, uma vez que na observação preliminar, percebeu-se a necessidade de estudar mais sobre o assunto e, para isso, descreveremos aqui, uma breve introdução sobre o funcionamento cardíaco, formação de placa de ateroma e o desenvolvimento do infarto.

O coração é um órgão muscular oco situado no mediastino, e está conectado aos grandes vasos sanguíneos (SNELL, 1999). É uma bomba muscular dupla e auto-reguladora, cujas partes trabalham em harmonia para impelir o sangue para todo organismo (MOORE, 2001).

Sendo o coração um músculo estriado involuntário se auto-excita, podendo manter sua

atividade contrátil rítmica durante um tempo relativamente prolongado. Contraindo-se automaticamente sem precisar de estímulo extracardíaco, gerando impulsos e os transmite pelas estruturas excitáveis do coração (DOUGLAS, 1994). Tal impulso é originado no interior do nó sinusal ou sinoatrial, localizado no átrio direito (ROBERT, 1996).

O ciclo cardíaco é equivalente a um batimento cardíaco completo. A seqüência de eventos no ciclo é dividida em duas partes: (1) sístole (contração), e (2) diástole (relaxamento) (ROBERT, 1996).

A placa de ateroma é formada, por gorduras, fibrinas, cálcio e coágulos na qual aderida no endotélio dos vasos, compromete os mesmos causando morte ou necrose, resultando em isquemia resultante da oferta inadequada do músculo cardíaco (GALLO; KUDAK, 1997).

À medida que a placa aumenta de tamanho, começa a adesão plaquetária. Esse processo pode continuar até o ponto de certificar o fluxo sanguíneo arterial do estado rápido para apenas gotejante, reduzindo o diâmetro arterial (GALLO; KUDAK, 1997).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é o resultado de uma doença coronariana na qual houve um comprometimento do tecido cardíaco seguido de lesão e necrose. O tecido cardíaco

depende do fluxo sanguíneo da artéria comprometida tornando-se isquêmico ou necrótico, levando o infarto (GALLO; KUDAK, 1997).

A dor precordial é o principal elemento para o diagnóstico do IAM. É uma dor opressiva do tipo aperto e/ou garra, de grande intensidade, retroesternal irradiando para o ombro e face interna do membro superior esquerdo. Em alguns casos, essa irradiação, dependendo da área enfartada, pode atingir o epigástrica seguindo para o dorso, região mentoniana, escapular e para ambos os membros superiores (GALLO; KUDAK, 1997).

A indicação para cirurgia cardíaca se dá após as artérias coronárias terem se estreitado verificadas pela avaliação dos exames de cateterismo cardíaco ou angioplastia, com emprego de técnicas cirúrgicas, que aumentem o suprimento sanguíneo do miocárdio, (MELTZER, 1997).

Ao paciente submetido à cirurgia cardíaca, deverá ser realizado um plano de assistência de enfermagem fundamentado nos conhecimentos teórico-científicos dos sinais e sintomas, avaliando as alterações no sistema orgânico do paciente, e as possíveis complicações. (MELTZER, 1997).

Durante os anos 60, Sones e Shirley tornaram possível a visualização de lesões coronarianas através da técnica por eles desenvolvida de cinecoronariografia, viabilizando posteriores cirurgias de RM (MELTZER, 1997). Em torno de 1961, Effler et al., iniciaram seu trabalho no sentido de obter a revascularização das artérias coronárias obstruídas pela abordagem direta das lesões que haviam sido visualizadas pela coronariografia (MELTZER, 1997). Em 1964 em Leningrado, foi realizada a primeira ponte de artéria mamária foi implantada para a artéria coronária descendente anterior caracterizando uma nova etapa na tecnologia de RM, (MELTZER, 1997). Concomitantemente a este fato, Favalaro e Effler, na Cleveland Clinic, em maio de 1967, iniciaram a sua experiência com implante de veia safena autóloga invertida entre a aorta e distalmente à coronária lesada e, em 1971, já tinham realizado 741 destas cirurgias (MELTZER, 1997).

Smeltzer; Bare (2000) definem a importância da enfermagem na avaliação dos parâmetros na cirurgia cardíaca, destacando o histórico detalhado e completo para a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem no pós-operatório de pacientes que sofreram esse tipo de cirurgia.

Conforme Smeltzer; Bare (2000) deverão ser observados os seguintes dados: *estado neurológico* - nível de responsividade, tamanho e reação da pupila à luz, reflexos, movimentos dos membros e força do aperto de mão; *estado cardíaco* - frequência e ritmo cardíaco, batimentos

cardíacos, pressão arterial, pressão venosa central, pressão arterial pulmonar, traçados de onda, índice de débito cardíaco, resistência vascular, drenagem torácica estado da função do marca-passo; condições respiratórias - movimento do tórax, sons respiratórios, parâmetros do ventilador, saturação arterial, de oxigênio, gasometria arterial; dor - natureza, tipo, localização, duração (a dor incisional deve ser diferenciada da dor anginosa), apreensão; resposta aos analgésicos.

O histórico também inclui a observação de todo o equipamento e drenos para determinar se eles estão funcionando da maneira adequada: tubo endotraqueal, ventilador mecânico, monitor de CO<sub>2</sub>, término expiratório, monitor de saturação de O<sub>2</sub>, cateter de artéria pulmonar, aparelhos e equipo de infusão intravenosa, monitor cardíaco, marca-passo, drenos torácicos e sistema de drenagem urinária (FRIENDLANDER, 1981).

À medida que o paciente recupera a consciência e evolui no período pós-operatório, o enfermeiro expande a avaliação para incluir os parâmetros indicativos do estado psicológico e emocional (FRIENDLANDER, 1981).

Frente ao exposto nosso objetivo é verificar o perfil do conhecimento do profissional de enfermagem de uma UCO, buscando identificar sua capacitação na prestação de cuidados necessários ao paciente submetido à RM.

## Materiais e Métodos

Foi utilizada uma metodologia descritivo-exploratória, de campo com abordagem quantitativa. Aplicou-se um formulário aos voluntários de enfermagem da UCO de um Hospital de Médio Porte do Interior Paulista. Esse instrumento de coleta era composto de perguntas fechadas

O seguinte formulário contém os seguintes dados:

Parte1: Dados Pessoais: nome, idade e sexo.

Parte2: Conhecimento dos cuidados e procedimentos frente ao paciente submetido à RM, tais como: manipulação de drenos, alteração no monitor cardíaco, manuseio de equipamentos, cuidados e procedimentos: cateterismo e angioplastia. Participaram da pesquisa 21 voluntários de nível médio, técnico e superior de enfermagem de UCO. Os resultados foram analisados sob a forma de números absolutos e percentuais.

## Resultados

Quanto ao perfil demográfico dos voluntários, foram obtidos os resultados: *quanto à faixa etária verificou-se que prevaleceu a de 18 a 39 anos*

num total de 85,1% em relação a 14,2% a de 40 a 51.

Quanto à categoria profissional dos 21 voluntários, 19,0%(4) eram enfermeiros; 66,7% (14) técnicos e 14,3(3) eram auxiliares de enfermagem. Quanto ao tempo de serviço na Unidade Coronariana: 57,1% (12) dos voluntários tinham mais de 3 anos de serviço; 28,5%( 6) de 1 a 3 anos e 14,3% (3) 1 ano de serviço.

Conhecimentos	Porcentagem (%)		
	Sim	Não	Dúvida
Manuseio Monitor Cardíaco	71,4	00,0	28,6
Manuseio/Cardioversor	80,9	4,8	14,3
Gerador /Marca passo	76,2	23,8	00,0
Cateterismo/Angioplastia	100,0	00,0	00,0
Técnica de Curativo	100,0	00,0	00,0
PAM /PVC	100,0	00,0	00,0
Coleta/Sangue Cateter Arterial	100,0	00,0	00,0

Tabela 1 –Conhecimentos dos Profissionais de Enfermagem da Unidade Coronariana. N = 21 .São José dos Campos, 2006

Quanto aos cuidados em gerais 71,5%(15), dos voluntários sabiam identificar alterações no monitor cardíaco, enquanto 28,5%(6) dos voluntários somente detectavam algumas alterações.

Dos 21 voluntários, 76,1%(16) sabiam utilizar o cardioversor; 19,1%(4) reconheciam algumas alterações e 4,8%(1) não sabiam utilizá-lo.

Do conhecimento da função e manuseio do gerador de marca-passo, 76,1%(16) dos voluntários detêm este conhecimento enquanto 23,8%(5) dos voluntários não o detêm.

Dos 21 voluntários, 100,0% (21) conhecem os cuidados específicos aos pacientes que se submetem o cateterismo cardíaco ou angioplastia, além da técnica e solução utilizada em curativo; manipulação da Pressão Arterial Média (PAM), Pressão Venosa Central (PVC) e coleta de sangue por cateter arterial. Porém verbalizaram a necessidade de permanente atualização.

## Discussão

Neste estudo, verificamos que existe necessidade de funcionários treinados dentro da

instituição em cada especialidade na qual exerce sua função. Kurcgant (1991), diz que as organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance das suas metas e objetivos. Neste sentido, é necessário um processo seletivo adequado, uma educação permanente dos funcionários e sua integração na própria função e no contexto institucional .

Os serviços de enfermagem, parte integrante das organizações de saúde, têm percebido a necessidade de promover oportunidades de ensino para seu pessoal, visando a garantia da qualidade da prática e da assistência de enfermagem (KURCGANT, 1991).

A educação permanente é uma estratégia importante e indispensável para a atualização da equipe de enfermagem promovendo cuidados com maior nível de qualidade em todas as unidades e em particular, naquelas que exigem cuidados críticos e complexos.

Smeltzer;Bare, 2000, define a importância da enfermagem na avaliação dos parâmetros na cirurgia cardíaca e a realização sistemática da assistência de enfermagem em pacientes no pós-operatório dessa cirurgia. Podemos observar pelos dados levantados na tabela 1 os entrevistados estão capacitados frente à complexidade de cuidados no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Mediante essa afirmação, vimos que apesar da assistência humanizada, ainda é necessário reforçar a importância da conscientização da equipe, quanto à criação de um ambiente propício, livre de estímulos nocivos, para a eficácia e eficiência do tratamento do paciente submetido à RM, promovendo o desenvolvimento positivo e minimizando os efeitos negativos da doença.

Conforme Felisbino 1994, o indivíduo, cliente internado em unidade específica como a UCO ,é um todo, ser humano indivisível e único; possui desequilíbrios de necessidades humanas básicas (NHB) em todos os níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual podendo estar parcialmente ou totalmente dependente da enfermagem. Ainda esse trabalho, conforme Felisbino (1994), os familiares demonstram condições de atender as suas NHB afetadas e as do cliente, para tanto, devem ser previamente preparados pelo enfermeiro, que deve estabelecer um relacionamento terapêutico com ambos. Além disso, o enfermeiro deve prestar informações e esclarecer possíveis dúvidas sobre todos os procedimentos a serem realizados, os tratamentos, incentivar e favorecer a presença de familiares e sua cooperação para a mais rápida recuperação do paciente, compartilhando deste período tão estressante para ambos. Essa autora enfatiza a eficácia de ações recíprocas entre o cliente, a família e o ambiente caminham em direção ao resultado desejado. A observação dos comportamentos e reações do paciente é de

fundamental importância para a equipe que o manipula. É necessário que a equipe esteja consciente das possibilidades de respostas que o paciente pode dar quando recebe estímulos apropriados. E lembrando Horta (1979) "Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais".

Então, podemos observar que a instituição pesquisada possui profissional capacitado, porém, sem capacitação específica para desenvolver suas habilidades na UCO.

### **Conclusão**

Concluimos que a assistência prestada na UCO na qual foi realizada a pesquisa é boa, porém é necessário reforçar a importância da atualização permanente da equipe de enfermagem.

Isto foi observado na coleta de dados ao verbalizarem as perguntas feitas aos voluntários. Ressaltamos que, sendo a UCO uma unidade que exige uma assistência de enfermagem complexa, necessita de educação continuada dentro do setor que os fundamenta especificamente para desenvolverem suas atividades com mais competência.

### **Referências Bibliográficas**

- DOUGLAS, C. R. Tratado de fisiologia aplicada à ciência da saúde. 4ª ed. São Paulo: Robe, p.13, 1994.

- FELISBINO, J.E. Processo de enfermagem na UTI. Uma proposta metodológica. São Paulo: EPU p 18 – 19.

- FRIENDLANDER, M.R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. Rev. Enf. Esc. USP. V.15, n 2, p.129-134, 1981.

- GALLO, B.M.; KUDAK, C.M. Cuidados intensivos de enfermagem – Uma abordagem holística 6ªed. Rio de Janeiro 1997

- HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo EPU: p. 30, 1979.

KURCGANT, P. Administração em enfermagem São Paulo: E.P.U. P.147, 1991.

- MELTZER, L.E. Enfermagem na unidade coronariana. São Paulo: Atheneu, p. 340, 1997.

- MOORE, K.L. Anatomia orientada para clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 109-122, 2001

- ROBERT, Fisiologia sensorial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 325-330, 1996

- SMELTZER; BARE, Assistência do paciente submetido à cirurgia cardíaca. In: BRUNNER; SUDDART. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.586-587, 2000

- SNELL, R.S. Anatomia Clínica para Estudantes de Medicina. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 90-91, 1999.