



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JOCINÉIA CÂMARA DE OLIVEIRA

CIRURGIA CARDÍACA E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**ARIQUEMES - RO
2020**

JOCINÉIA CÂMARA DE OLIVEIRA

CIRURGIA CARDÍACA E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso para a obtenção de grau de Bacharelado em Enfermagem apresentado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Prof. Orientadora: Ma. Enf. Juliana Barbosa Framil

**ARIQUEMES - RO
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

OL48c	OLIVEIRA, Jocinéia Câmara de . Cirurgia cardíaca e a qualidade da assistência de enfermagem. / por Jocinéia Câmara de Oliveira. Ariquemes: FAEMA, 2020. 39 p.; il. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Ma. Juliana Barbosa Framil. 1. Cirurgia Cardíaca. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Perioperatório. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Diagnóstico de Enfermagem. I Framil, Juliana Barbosa. II. Título. III. FAEMA.
	CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

JOCINÉIA CÂMARA DE OLIVEIRA

CIRURGIA CARDÍACA E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso para a obtenção de grau de Bacharelado em Enfermagem apresentado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Banca examinadora

Prof. Ma. Juliana Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a Ma. Thays Dutra Chiarato Veríssimo
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a Esp. Katia Regina Gomes Bruno
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

**ARIQUEMES - RO
2020**

“ [...]Vocês são algo assim...São tudo para mim...São como eu sonhava [...] ”

Aos meus pais

JOÃO BATISTA e ELENA,

Minhas irmãs

EDNÉIA e JOCÉLIA,

Meus sobrinhos

ANA KARLA, ANNY SOFIA

ISABELLY e JOÃO CARLOS

AGRADECIMENTOS

Ser enfermeira se tornou um sonho, de realização não apenas profissional mas pessoal, e a vontade de aprender foi crescendo em meu coração, de fazer diferente, de exercer a empatia que eu tanto buscava para comigo, cuidar daqueles que muitas das vezes não tem ninguém sequer pra acompanhá-lo em um leito de hospital, e Deus sempre tocou em meu coração que eu poderia ser a pessoa que os acalentaria nesses momentos de desespero, e Ele em todos os momentos estaria comigo. Sou eternamente grata a Deus por me proporcionar essa oportunidade e por, apesar das adversidades, nunca ter me desamparado.

Dizer obrigada a minha família por tudo o que renunciaram e já fizeram para me ajudar nessa trajetória acadêmica não seria o bastante – a meta é dar muito orgulho a vocês ainda haha. Gratidão por sempre acreditarem em mim, até quando eu mesma pensei em desistir. Pai, Mãe, vocês são o orgulho da minha vida, minha inspiração, o tanto que amo vocês não está escrito. Manas, obrigada por serem as melhores irmãs do mundo, sempre me apoiarem e me protegerem, e por me darem os melhores sobrinhos da vida, que são minhas gotinhas de felicidade, Deus não poderia ter me dado família melhor, nesses 5 anos tanta coisa mudou, pessoas que queria muito que compartilhassem dessa felicidade pessoalmente comigo e Deus as recolheu, choramos, sorrimos, evoluímos, e em todos estes momentos estivemos juntos, e se Deus quiser assim será para sempre.

Gratidão a todos meus amigos, por aguentarem meus momentos de crise de ansiedade e isolamento onde não queria ver ninguém kkkkk e ainda assim sempre estiveram lá pra mim quando precisei, por me trazerem pastel de madrugada quando não estava bem, por sempre orarem por mim, por mesmo longe se fazerem presentes, amo vocês demais. Um obrigada em especial ao eterno bonde do jaleco pela parceria nesses 5 anos de graduação, sentirei falta da nossa convivência diária. A todos que me incentivaram a não desistir e a acreditar no meu potencial, e obrigada a todos que colaboraram comprando minhas trufas, bolo de pote e iogurte, ajudando assim a custear minhas despesas, sou só gratidão.

Por último, mas não menos importante, gratidão aos docentes que fizeram parte desta trajetória, compartilhando seu conhecimento e experiências, em especial a minha orientadora que sempre esteve disponível, instigando-me a melhorar, não medindo esforços para me ajudar na construção deste trabalho.

*“Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o teu coração,
porque dele procedem as saídas da vida”*

Provérbios 4:23

RESUMO

As doenças cardiovasculares nas últimas décadas têm se mostrado uma das maiores responsáveis pela taxa de mortalidade, sendo responsável por 1/3 das mortes mundiais, quando as patologias cardíacas não são passíveis de controle por método terapêutico o procedimento cirúrgico é indicado como forma de solucionar o problema e melhorar as condições de vida do paciente. O enfermeiro é responsável pela assistência ao paciente e prevenção de complicações no perioperatório. Visando demonstrar a qualidade da assistência desse profissional, este trabalho teve o objetivo de evidenciar a importância da atuação do profissional enfermeiro na assistência ao paciente em perioperatório cardíaco. Através de uma revisão de literatura integrativa com os seguintes descritores em saúde (DeCS): Cirurgia cardíaca, Cuidados de enfermagem, Perioperatório. Como critério de inclusão, foram priorizados artigos dos últimos 05 anos e com no máximo 10 anos de publicação, salvo em caso de fatos históricos o qual tive dificuldade em encontrar muitas referências recentes. A busca foi realizada em livros físicos, on-line na biblioteca Júlio bordignon (minha biblioteca – FAEMA), artigos, dissertação ou tese encontrados nas bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de dados bibliográfica especializada na área de enfermagem), contendo o assunto proposto no tema e estando na língua vernácula. Conclusão: Mesmo com todos os avanços tecnológicos nos procedimentos cirúrgico cardíaco, a boa e rápida recuperação do paciente depende significativamente da assistência da equipe de enfermagem no perioperatório cardíaco, pois as etapas da cirurgia estão interligadas e cabe ao enfermeiro realizar esse acompanhamento desde sua admissão até a alta hospitalar.

Palavras-chave: Cirurgia Cardíaca, Cuidados de Enfermagem, Perioperatório.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases in the last decades have shown to be one of the biggest responsible for the mortality rate, being responsible for 1/3 of the worldwide deaths, when the cardiac pathologies are not subject to control by therapeutic method the surgical procedure is indicated as a way of solve the problem and improve the patient's living conditions. The nurse is responsible for patient care and prevention of complications in the perioperative period. In order to demonstrate the quality of care provided by this professional, this study aimed to highlight the importance of the role of the nurse professional in assisting the patient in cardiac perioperative period. Through an in-integrative literature review with the following health descriptors (DeCS): Cardiac surgery, Nursing care, Perioperative. As an inclusion criterion, articles from the last 05 years and with a maximum of 10 years of publication were prioritized, except in the case of historical facts which I had difficulty finding many recent references. The search was carried out in physical books, online at the Júlio bordignon library (my library - FAEMA), articles, dissertation or thesis found in the databases: VHL (Virtual Health Library), LILACS (Latin American and Cari Literature) -be in Health Sciences), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and BDEFN (bibliographic database specialized in the field of nursing), containing the subject proposed in the theme and being in the vernacular. Conclusion: Even with all the technological advances in cardiac surgical procedures, the good and quick recovery of the patient depends significantly on the assistance of the nursing team in the cardiac perioperative period, as the stages of the surgery are interconnected and it is up to the nurse to perform this monitoring from admission to hospital discharge.

Keywords: Cardiac Surgery, Nursing Care, Perioperative.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
CC	Centro Cirúrgico
CEC	Circulação Extracorpórea
CO ₂	Dióxido de Carbono
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DCV	Doença Cardiovascular
O ₂	Oxigênio
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Primário	16
2.2 Objetivos Secundários	16
3 METODOLOGIA	17
4 REVISÃO DE LITERATURA	18
4.1 FISILOGIA DO CORAÇÃO	20
4.1.2 Circulação Sistêmica	21
4.1.3 Circulação Pulmonar.....	22
4.2 COMPLEXIDADE DA CIRURGIA CARDÍACA	22
4.3 ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	39

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que até 2030 as doenças cardiovasculares (DCV) sejam responsáveis por aproximadamente 23,6 milhões de óbitos. Além disso, as DCV podem acarretar prejuízos irreversíveis ao paciente, por exemplo restrições e dependências, que podem afetar de modo direto o bem-estar físico, mental, psicológico, emocional e social do paciente. Entre os fatores que colaboram para o desenvolvimento desta patologia estão: Pressão arterial elevada (motivador de 13% dos óbitos mundial), tabagismo (9%), glicose elevada no sangue (6%), sedentarismo (6%), sobrepeso/obesidade (5%), entre outros, que em conjunto podem elevar significativamente o risco patológico. (TESTON et al, 2016).

Quando há presença dos fatores de risco, inicia-se uma investigação a fim de diagnosticar corretamente o paciente. Existe uma variedade de terapêuticas que podem ser utilizadas pelo profissional e pelo paciente diagnosticado com doença cardíaca, e com base nos dados clínicos, laboratoriais e angiográficos os procedimentos cirúrgicos são indicados. (AMORIM; SALIMENA, 2015).

Desde *Florence Nightingale* já ficou comprovado que o ambiente protegido, acolhedor e limpo é uma condição significativa na recuperação do paciente, sendo assim a enfermagem tem um importantíssimo papel no centro cirúrgico (CC), de proporcionar todas estas condições. *Nightingale* possibilitou a implantação na enfermagem não apenas da organização da assistência, a qual trouxe para a enfermagem o conhecido “olhar humanizado”, como também a organização estrutural, levando em conta todas as particularidades, como supervisão da equipe, contabilizando gastos, dividindo o trabalho, implantando assim a administração hospitalar, melhorando enfim a realidade das enfermarias. (MARTINS; BENITO, 2016).

A enfermagem perioperatória é uma área de atuação que tem ganhado seu espaço no Brasil. Sua essência é ampla, englobando os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. Baseia-se nos princípios da integralidade, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação. Cabe ao profissional enfermeiro planejar e implementar as intervenções que antecipem as possíveis complicações. (MIRANDA et al, 2016).

Quando o coração é parado para realização do procedimento cirúrgico e as funções do coração e do pulmão conservadas através da circulação extracorpórea

(CEC), o organismo pode desenvolver numerosas modificações. Sendo assim, o pós-operatório (PO) requer da equipe de enfermagem atenção constante, agilidade na tomada de providência e cuidado de alta complexidade. Os cuidados exercidos pela equipe visam evitar possíveis complicações, por exemplo, arritmias e isquemias, modificações nos níveis pressóricos, manter homeostasia, controle da dor e da inquietação, entre outros. (TAURINO, 2019).

Ao aparecerem complicações no perioperatório, precisam ser reconhecidos imediatamente, para assim, garantir o êxito do procedimento cirúrgico. O empenho da equipe de enfermagem precisa ser incessante assegurando assim excelente *feedback* da cirurgia cardíaca. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo apresentar o quão importante é o trabalho do enfermeiro nesse processo, atuando em uma cirurgia tão complexa desde o pré-operatório, transoperatório, PO, até a alta hospitalar. Ambos estão interligados e a assistência prestada na admissão do paciente pode refletir na sua recuperação e tempo de internação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Evidenciar a importância da atuação do profissional enfermeiro na assistência ao paciente em perioperatório cardíaco.

2.2 Objetivos Secundários

- Conceituar a fisiologia do coração.
- Descrever a complexidade da cirurgia cardíaca, bem como a importância da atuação do enfermeiro.
- Identificar como tem se dado a assistência de enfermagem na cirurgia cardíaca.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura integrativa, realizada de fevereiro a agosto de 2020, com o intuito de descrever a importância dos cuidados de enfermagem no perioperatório da cirurgia cardíaca, através dos descritores em saúde (DeCS): Cirurgia cardíaca, Cuidados de enfermagem, Perioperatório. Após a busca bibliográfica foram utilizadas 32 referências entre artigos, livros, teses e monografias publicadas em português.

A busca foi realizada em livros físicos, on-line na biblioteca Júlio bordignon (minha biblioteca – FAEMA), e Artigos encontrados nas bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de dados bibliográfica especializada na área de enfermagem).

Como critério de inclusão, foram utilizadas referências que possuíssem o assunto pertinente a atuação do enfermeiro no perioperatório cardíaco, priorizando referências publicadas nos últimos 05 anos e com no máximo 10 anos de publicação, salvo em caso de fatos históricos o qual tive dificuldade em encontrar muitas referências recentes.

Foram utilizados como critério de exclusão, artigos incompletos, sites não confiáveis, conteúdos que não exploraram a linha de construção do tema proposto.

4 REVISÃO DE LITERATURA

As Doenças cardiovasculares (DCV) representam globalmente um número considerável de morbimortalidade. Em 2008, da totalidade de óbitos ocorridos mundialmente, 36 milhões (63%) teve como fator as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destas, 17 milhões foram por DCV, o que configura cerca de 1/3 dos óbitos globais, caracteriza ainda uma influência considerável na economia, nos sistemas de saúde e segurança social. Apresentam grande interferência na qualidade de vida, provocando incapacidade física prematura e um aumento no tempo de internação do paciente. (COVATTI et al., 2016).

No Brasil representam um grande problema de saúde pública, tornando-se uma das principais causas de óbitos. Entre os principais fatores causais estão, a má alimentação, sedentarismo, diabetes, hipertensão, alcoolismo, entre outros que podem somar ao risco para o desenvolvimento da patologia. (BARRETTA et al., 2017).

Visto que muitos destes fatores estão associados a condições de vida adversas, o profissional enfermeiro poderá intervir através de ações de promoção e prevenção da saúde, buscando assim melhorar a qualidade de vida do paciente, através da mudança nos hábitos alimentares, exercícios físicos, importância da administração correta das medicações de uso contínuo. A adoção de ações de interferências busca minimizar o número de casos de DCV, uma vez que a mesma está ligada a contenção de cada fator de risco. (TESTON et al., 2016).

A decisão pelo procedimento cirúrgico é fundamentada no diagnóstico individualizado, entre os fatores observados estão grau de angina, função ventricular, carga isquêmica, anatomia coronária, entre outros. Para pacientes com patologia coronária multiarterial com disfunção ventricular, bloqueio de tronco de coronária esquerda ou parte elevada de isquemia normalmente é recomendado a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). O tipo de indicação cirúrgica dependerá dos fatores apresentados. (KOERICH; LANZONI; ERDMANN, 2016).

Após o diagnóstico provável ou definido para DCV, a depender do tipo de patologia se inicia os procedimentos não invasivos como o uso de: Heparina, Ácido acetilsalicílico (AAS), Clopidogrel (se intolerante a AAS), anticoagulantes, betabloqueadores, entre outros. É realizado também o acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente através de procedimentos como: Angiografia, teste de esforço em

esteira ergométrica, teste ergométrico com imagem cintilográfica e ecocardiografia. (CANNON; STEINBERG, 2012).

Quando os fatores de risco não são passíveis de controle adequado e o tratamento clínico não apresenta resposta terapêutica satisfatória, o tratamento cirúrgico é solicitado como recurso definitivo, tendo em vista a cronicidade das patologias cardiovasculares. O método invasivo da cirurgia cardíaca, tem por objetivo recuperar a funcionalidade do coração, minimizar os sintomas e possibilitar que o paciente volte a sua rotina. (PEREIRA, 2017).

Muitos desses procedimentos cirúrgicos exigem o uso de circulação extracorpórea (CEC). Composto por um grupo de equipamentos e métodos que substituem temporariamente as funções do coração e dos pulmões no decorrer da cirurgia, a CEC requer muito cuidado pois o sangue entra em contato direto com sítios não endoteliais (plásticos, polímeros e metais) do circuito, podendo levar a uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), que provoca grande estímulo de criação, dispensa e circulação de drogas vasoativas ou citotóxicas, que afetam as estruturas e tecidos do organismo, gerando assim lesão endotelial, síndrome de extravasamento capilar e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. (UMEDA, 2010).

A cirurgia cardíaca requer anestesia geral, devido ao tempo e dificuldade do manejo cirúrgico. Normalmente, mantém-se o paciente em ventilação mecânica por pelo menos 6 horas, tempo em que se espera a estabilização do quadro clínico/hemodinâmico. A pressão do *cuff* precisa estar adequada pois as pressões excessivas nesses balonetes ou até mesmo o atrito da superfície do tubo endotraqueal podem ocasionar desde um edema com hiperemia até estenose das vias aéreas, por implicação do fluxo sanguíneo local em tubos muito justos, assim como a pressão menor que a indicada pode ocasionar danos através da evasão do ar em volta do tubo. (UMEDA, 2010).

Dados sobre a mortalidade em cirurgias cardíacas variam bastante de acordo com o centro, o volume de cirurgias e o tipo de procedimento: em cirurgias de revascularização miocárdica, a mortalidade média pode ser de apenas 0,7% em centros norte-americanos, enquanto a cirurgia de revascularização associada a algum procedimento valvar pode alcançar 20,8% em alguns centros brasileiros. (MONTEIRO; MOREIRA, 2015, p.201).

A cirurgia Cardíaca fundamenta-se como um dos procedimentos mais complexos, sobretudo, através das irrealidades que circundam o pensamento do indivíduo sobre a função do coração, idealizado como epicentro dos sentimentos. A informação

sobre o procedimento cirúrgico, pode provocar mudanças psíquicas e fisiológicas negativas, seja pela expectativa estabelecida, como também pelo medo da patologia, da aflição e da morte. (PEREIRA,2017).

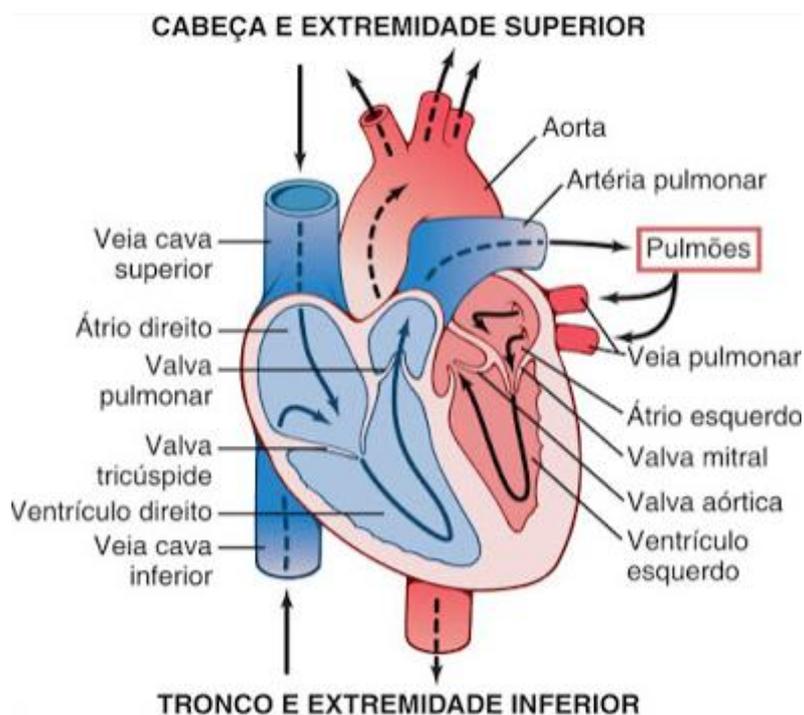
4.1 FISILOGIA DO CORAÇÃO

O coração é subdividido em quatro câmaras, duas superiores chamadas de átrio esquerdo e átrio direito, duas inferiores chamadas de ventrículo esquerdo e ventrículo direito. Os lados, esquerdo (circulação sistêmica) e direito (circulação pulmonar) trabalham parcialmente separados, porém em sincronismo para que essa bomba funcione perfeitamente. O ventrículo esquerdo requer maior contratilidade pois precisa gerar maior pressão do que o direito, sendo assim composto de uma parede muscular mais consistente. (GUYTON; HALL, 2011).

Considerado um dos órgãos mais resistente do corpo humano o coração é subdividido em três tipos primordiais de musculo: O músculo atrial, o músculo ventricular e as fibras especializadas excitatórias e condutoras. Os músculos ventricular e atrial são responsáveis pela contração de longa duração, já as fibras excitatórias e de condução, se contraem mais fracamente por conterem poucas fibras contrateis, no entanto manifesta descargas elétricas rítmicas automáticas, na forma de potenciais de ação. (GUYTON; HALL, 2011)

As células nervosas possuem uma diferença de voltagem entre o meio intracelular e extracelular, essa distinção se dá por meio da concentração de íons com carga positiva ou carga negativa dentro e fora da célula. No potencial de repouso da membrana, o interior da célula é carregado negativamente em comparação ao seu exterior, no interior há maior quantidade de potássio e no exterior sódio, o estímulo faz com que ocorra uma inversão, essa troca de polaridade é conhecida como despolarização. Quando a despolarização está completa, ocorre novamente a troca de íons voltando para o estado de repouso, período chamado de repolarização. Esse ciclo de despolarização e repolarização é denominado potencial de ação. (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

Figura 1 – Estrutura do coração e fluxo do sangue pelas câmaras e valvas cardíacas.



Fonte: GUYTON; HALL (2011, p.107).

4.1.2 Circulação Sistêmica

Os pulmões são os órgãos responsáveis pela hematose, ou seja, a troca de dióxido de Carbono (CO_2) por oxigênio (O_2). O sangue rico em O_2 , segue para o átrio esquerdo através das veias pulmonares, para que isso seja possível no átrio acontece uma diástole e assim que ele se enche ocorre uma sístole fazendo com que esse sangue passe pela valva mitral e chegue ao ventrículo esquerdo. (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

A contração do ventrículo esquerdo é maior, pois precisa mandar esse sangue para todo o sistema passando pela valva aórtica seguindo pela artéria aorta, essa artéria se ramifica gerando vasos que irrigam todo o organismo, ao chegar nos capilares sanguíneos, ocorre uma troca gasosa, a partir daí o sangue que agora se encontra rico em CO_2 faz seu trajeto de volta ao coração, através das veias cava chegando ao átrio direito. (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

4.1.3 Circulação Pulmonar

O sangue venoso (rico em CO₂) vindo dos órgãos através das veias cava superior desemboca no átrio direito passando pela valva tricúspide chegando ao ventrículo direito, no ventrículo ocorre uma sístole e a valva tricúspide se fecha e se abre a valva pulmonar (semilunar), enviando o sangue para a artéria tronco pulmonar, levando o sangue para os pulmões onde ocorre a troca gasosa alveolar, e o sangue retorna ao átrio esquerdo através das veias pulmonares. (CHEEVER; BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

4.2 COMPLEXIDADE DA CIRURGIA CARDÍACA

A cirurgia cardíaca é um procedimento a qual gera um risco notável de morte, o desempenho e comprometimento da equipe cirúrgica contribui para a assistência do cliente em termos não apenas físico, mas também psicológico. Caso o paciente não seja bem informado sobre todo o processo cirúrgico, pode desenvolver um quadro significativo de ansiedade perante a evolutiva piora das condições de saúde, assim como dificuldades de ajuste no campo afetivo, profissional e social. Sendo assim, é de extrema importância que haja um preparo psicológico para esse processo. Este preparo exige cautela para que não ocorra também o excesso de informações, pois quando as informações são minuciosas demais sem a solicitação do paciente podem agravar ainda mais o quadro de ansiedade do mesmo. (WOTTRICH et al, 2015).

Até final do século XIX não haviam procedimentos cirúrgicos, a não ser aqueles minimamente invasivo realizado pelos “barbeiros”, “barbeiro-sangrador” ou “cirurgião-barbeiro”, que faziam sangrias e escarificações, aplicava ventosas, sanguessugas e clisteres, rompiam abscessos, realizava curativos, arrancavam dentes, entre outros. Em sua maioria todos esses procedimentos eram realizados por pessoas sem conhecimento científico, e de classe social bem humilde. Mesmo na Europa, a cirurgia era, de modo geral, inicial ainda nessa época e, em termos de abordagem cardíaca, absolutamente irreal. (BRAILE; GODOY,2012).

Por muito tempo o coração foi visto como um órgão que não se compõe apenas de um órgão muscular oco, situado na parte interior da cavidade torácica. Considerando-se como um órgão binário, ou seja, que retrata a vida e a morte, a base das

emoções e a origem dos sentimentos. Sendo assim, é essencial mostrar que um procedimento cirúrgico, ao recomendar uma intervenção no coração, tende a mexer com a imaginação e crenças particulares a respeito da constituição física, assim como, o sujeito e sua subjetividade. (WOTTRICH et al, 2015).

Em 1902, Sherman fez uma indagadora análise ao *Journal of The American Medical Association*, onde comentou que a distância para se tocar no coração não chega a uma polegada, porém foram necessários mais de 2400 anos para que a cirurgia conseguisse atravessar esse caminho. Apenas a pouco mais de quatro décadas que a cirurgia cardiovascular, como vista hoje, iniciou seu esboço, e a partir daí tem cada dia mais evoluído. E o avanço tecnológico do século XX desnudou o coração como sede da alma, pondo-o em um grau hierárquico próximo dos demais órgãos do corpo. Iniciando assim, a história da cirurgia cardíaca. (BRAILE; GODOY,2012).

A primeira cirurgia cardíaca realizada foi a sutura de uma laceração de 1,5 cm localizada na face anterior do coração, com três pontos de seda, em um jovem de 20 anos realizada por *Ludwing Rehn*. Há relatos de tentativas de procedimentos como estes desde 1890, mas o paciente citado foi o primeiro a sobreviver. Porém há razões legítimas para ser levado em consideração que a primeira cirurgia cardíaca tenha sido feita em 1810, por *Baron Dominique Larrey*, na França. Caso de um Soldado de trinta anos que tentou suicídio após ser acusado injustamente, o qual golpeou o próprio peito. As margens do ferimento foram aproximadas, porém o tamponamento fez com que em discussão com outros cirurgiões fizesse com que *Larrey* tomassem a decisão de realizar a cirurgia. (PRATES, 1999).

Há inúmeros tipos de cirurgia cardíaca, sendo que a maioria requer o uso da CEC. Procedimento este que tem por finalidade assegurar um campo cirúrgico limpo, manter as especificidades ligadas ao coração e possibilitar que a equipe realize o procedimento com maior segurança. No entanto, a CEC gera uma resposta inflamatória sistêmica (SIRS) através da dispensa de drogas, que afetam a coagulação e a resposta imune; gera tensão na parede venosa; alta dispensa de catecolaminas, mudança no fluido sanguíneo e estado eletrolítico; distúrbio, lesão ou necrose celular do músculo cardíaco e uma disfunção pulmonar fraca. (TORRATTI; DANTAS, 2012).

Os efeitos deletérios da CEC são amplamente conhecidos e estes podem resultar em edema, complicações respiratórias, aglutinação leucocitária com deposição na microcirculação, distúrbios neurológicos, lesão renal

aguda, arritmias, síndrome de baixo débito, sangramento pós-operatório, infecções e dificuldade no controle glicêmico entre outros. Quanto maior o tempo de CEC, mais grave será o desequilíbrio fisiológico do paciente e as complicações que poderão ser provocadas por esse procedimento. (TORRATTI; DANTAS, 2012, p.341).

A cirurgia cardiovascular permanece em ascensão e a necessidade de pacientes recorrer ao procedimento deve crescer nos anos seguintes, a facilidade do acesso dos cidadãos ao sistema de saúde, diagnóstico e o envelhecimento populacional, contribuem para o aumento dos casos de patologias cardíacas. As ideologias de saúde elaboradas para a área têm por responsabilidade serem apropriadas para atender a estas necessidades. (BRAILE; GOMES, 2010).

4.3 ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O perioperatório cardíaco é subdividido em três momentos: O pré-operatório, que começa a partir do momento que se é indicado o procedimento cirúrgico até a transferência do cliente para o leito cirúrgico; o transoperatório, que abrange a cirurgia em si e encerra com a transferência do cliente para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA); e o pós-operatório (PO) que inicia na assistência prestada na SRPA estendendo até os cuidados prestados na enfermaria como também em domicílio. (AMORIM; SALIMENA, 2015).

A importância do cuidado de enfermagem é evidenciada desde 1853, através de *Florence Nightingale* quando relacionou a disenteria e a cólera à falta de saneamento básico durante a Guerra da Crimeia, onde ficou conhecida como a “Dama da lâmpada”, pois saía durante a noite para observar seus pacientes. Um dos grandes acontecimentos que contribuíram para o crescimento da enfermagem foi a Guerra Civil (1860 – 1865), onde a fundadora da cruz vermelha nos Estados Unidos Clara Barton cuidava dos soldados ainda no local da guerra, dando os primeiros socorros e tranquilizando-os na morte. (POTTER et al, 2017).

A visão de *Florence* tinha como objetivo proporcionar um local incitador a promoção de saúde ao cliente, para ela, o ambiente a volta do paciente tem o poder de interferir no quadro clínico tanto físico como mental. Desde 1863 *Florence* destacava o bem-estar do paciente com as circunstâncias locais, tais como, luminosidade, higienização, sanitarismo, arejamento, clima, dedicação, cuidado, cheiros e ruídos. Na

assistência *Nightingale* priorizava o isolamento, uma dieta adequada, a particularização do atendimento, quantidade limitada de pacientes por enfermaria, impedindo assim contaminação cruzada, e reduzindo o trajeto de indivíduos que não pertenciam ao ambiente hospitalar, assegurando a privacidade dos clientes. (MARTINS; BENITO, 2016).

Florence recobra ainda a relevância da prevenção de infecções em campo cirúrgico, por meio de apoio epidemiológico que ocorriam na rotina da assistência de enfermagem, precisamente naquele tempo onde haviam guerras e confronto de pontos de vista epidemiológicos. A mesma utilizava ações de prevenção da propagação e transmissão de microrganismos. Tendo em vista o grande número de métodos executados e a complexidade da unidade, o profissional enfermeiro tem uma função essencial que impõe, não apenas o saber científico, como também, comprometimento, competência técnica e equilíbrio emocional. Pois precisará planejar o processo de cuidar, sistematizar e fiscalizar o trabalho da equipe de enfermagem, assim preservando o centro cirúrgico (CC) apropriado ao cliente e livre de possíveis infecções perioperatória. (MARTINS; BENITO, 2016).

O centro cirúrgico (CC) é um setor separado e de altíssima complexidade incluído no âmbito hospitalar. Muito agitado, tendo em vista o grau de urgência dos procedimentos, causador de estresse e hostil, demonstra um espaço físico frio e fechado, o que incentiva o silêncio e afastamento da equipe multidisciplinar com cliente, contribuindo para que o cuidado seja reproduzido de modo automático em muitos casos. A enfermagem beneficia a equipe com seu olhar humanizado na realização da assistência direta, através do método processo de enfermagem (PE), que é composto de cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, o qual norteia o profissional para que olhe para o indivíduo como um todo. (RIBEIRO; FERRAZ; DURAN,2017).

A operacionalização do PE se dá através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), responsável pela eficiência do trabalho. No contexto perioperatório, o PE é denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). Um instrumento metodológico que proporciona a intervenção adequada, planejada e fundamentada dos problemas identificados no cliente no momento perioperatório. (RIBEIRO; FERRAZ; DURAN,2017).

Tendo em vista sua importância, a Resolução nº 358/2009 do Conselho Regional de Enfermagem – COFEN, passou a exigir que todas as unidades de saúde adotassem a SAEP em suas fases perioperatória, sendo elas, pré-operatório imediato (logo que o cliente é informado sobre o procedimento cirúrgico), no transoperatório (cirurgia) e no pós-operatório imediato (período após a cirurgia em que o paciente pode desenvolver complicações). Assim, observou-se a importância da SAEP na qualidade das ações iniciando já no pré-operatório, com o objetivo de planejar e introduzir os cuidados ao cliente. (SANTO et al, 2020).

As intervenções que cercam os cuidados de enfermagem na alta complexidade cardiovascular precisam sempre estar respaldada nos princípios da Sistematização de Enfermagem (SAE), ou seja, toda assistência a qual envolva seja o profissional, cliente e familiar, precisam estar embasados teoricamente com domínio científico. Visando um excelente perioperatório do cliente cirúrgico cardíaco, o profissional enfermeiro precisar estar em constante atualização na perícia clínica, buscando gerenciar os cuidados de enfermagem de forma que diminua consideravelmente possíveis complicações e colabore para a recuperação da saúde do paciente no menor tempo possível. (AMORIM; SALIMENA, 2015).

Após o agendamento cirúrgico realizado pelo médico cirurgião, é entregue o impresso com todos os materiais e equipamentos necessários ao enfermeiro do CC, responsável pelo mapa cirúrgico, que prevê e provê ambos junto a farmácia, CME e almoxarifado para o momento da cirurgia. O preparo da sala operatória também é de responsabilidade do profissional enfermeiro, onde confere as reservas de hemoderivados, leitos na UCI, e realiza junto ao enfermeiro circulante o checklist de montagem da sala operatória. (SENE; JARDIM, 2016).

A cirurgia cardíaca é um método complexo que pode alterar de muitas maneiras os mecanismos fisiológicos do paciente, podendo chegar a um estado crítico pós-operatório que acarreta a necessidade de cuidados intensivos a fim de se promover a boa reabilitação dos doentes. Estes cuidados quando iniciados desde o pré-operatório de forma atenta, humanizada e cientificamente segura visam assegurar estabilidade intraoperatória, assim pode-se garantir ao cliente uma boa evolução pós-operatória, até em clientes mais graves. Contudo, a má preparação pré-operatória relacionada aos fatores de risco e à história do paciente e momentos de instabilidade hemodinâmica intraoperatória agravam bastante o prognóstico e podem definir e/ou provocar complicações pós-operatórias substanciais. (SOARES et al, 2011).

Visando melhorar a segurança da assistência prestada e a comunicação da equipe cirúrgica, a OMS lançou o Segundo Desafio Global, que compreende Cirurgias Seguras Salvam Vidas, através do *checklist* cirúrgico como método auxiliar na redução da ocorrência de danos ao cliente. Os itens de conferência e o preenchimento adequado e eficaz desse instrumento são de grande importância, pois evitam erros e ofertam a segurança do cliente no procedimento cirúrgico, e os resultados podem colaborar para a programação de ações institucionais corretivas diante dos registros do *checklist* cirúrgico. (JOST; VIEGAS; CAREGNATO, 2018).

Para a realização do procedimento cirúrgico o paciente precisa passar por um processo anestésico geral, e cabe ao enfermeiro planejar e implementar as intervenções de enfermagem que venha antecipar possíveis complicações decorrente do procedimento. Em parceria com a equipe multiprofissional, decidem o melhor posicionamento cirúrgico para o cliente, contribuindo para a ação no momento da anestesia-cirúrgica. Sendo assim o enfermeiro reconhece mudanças anatômicas e fisiológicas do paciente ligadas a especificidade da anestesia, tempo cirúrgico e método anestésico a qual o paciente é submetido, evitando assim possíveis problemas no pós-operatório. (MIRANDA et al, 2016).

O enfermeiro tem a importante função de prever e prover todos os materiais para o procedimento cirúrgico e fazer com que a equipe multiprofissional trabalhe em sincronia, e para isso a padronização é uma das mais importantes ferramentas gerenciais utilizadas. A criação de checklist composto pelos materiais mínimos necessários e o checklist de cirurgia segura pela enfermeira antes do paciente adentrar a sala cirúrgica visam simplificar a montagem da sala de operação pelo circulante de sala e que todo o procedimento ocorra sem que haja dispersão da equipe e de forma segura, respectivamente. (SENE; JARDIM, 2016).

O *Checklist* precisa ser realizado nos três momentos do procedimento anestésico cirúrgico: antes da indução anestésica, antes do início do procedimento/antes da incisão na pele, e ao final do procedimento/antes da saída do cliente da sala operatória. A implantação desse instrumento provoca algumas dificuldades no CC, onde, muitas vezes, não há uma boa aceitação da equipe cirúrgica, o que prejudica a sua participação para a aplicação dessa ferramenta. Nesse sentido, o papel do enfermeiro é muito importante, pois contribui com a aplicação do *checklist* e a orientação da equipe na sua utilização, enfatizando os benefícios para os profissionais e os pacientes. (JOST; VIEGAS; CAREGNATO, 2018).

É imprescindível que o enfermeiro esteja atento quanto a segurança do paciente desde o posicionamento cirúrgico, agindo na prevenção de úlceras por pressão, tendo em vista o tempo de duração da cirurgia e movimentação. A anestesia geral proporciona grande perda de sensibilidade, e ao ser usada por um maior intervalo de tempo, como nas cirurgias cardíacas, podem prejudicar a troca de oxigênio e gás carbônico, porque o corpo perde os mecanismos de compensação, ficando passível de formar lesões. (SENE; JARDIM, 2016).

Ao finalizar a cirurgia, o circulante de sala e o enfermeiro realizam a conferência de compressas, identificam peças para anatomia patológica, preenchem impressos e organizam o prontuário, cuidam da transferência do cliente para o leito, e transmissão e a passagem de plantão para unidade de cuidados intensivos (UCI). O esclarecimento quanto ao procedimento e localização do cliente aos acompanhantes também é de responsabilidade do enfermeiro, o mesmo pode delegar essa função a um membro da equipe. (SENE; JARDIM, 2016).

A admissão no setor de pós-operatório cardíaco requer do profissional enfermeiro grande conhecimento técnico científico, pois todo o zelo destinado ao paciente é de responsabilidade direta do mesmo, desde os cuidados físicos como: banho, primeiros curativos dos acessos venosos profundos e arteriais, das feridas operatórias e dos óstios de drenos, à análise da situação da pele, visando em especial o cuidado com a integridade da mesma, até os cuidados mecânicos como: assistência do espaço medicinal, humanização da assistência, organização do setor e dimensionamento da equipe de enfermagem, promovendo a segurança e base apropriada para a admissão do paciente. (SANTOS et al, 2016).

A submissão a ventilação mecânica em pacientes pós-operatório imediato (até 24 horas após a cirurgia), requer atenção especial na hora do desmame, devido aos distúrbios funcionais resultantes da cirurgia. Quanto mais rápido for o desmame, diminuirá o tempo do paciente na Unidade intensiva, conseqüentemente reduz o tempo de internação hospitalar. A extubação é realizada assim que a hemodinâmica do paciente estiver estabilizada, desperto, responsivo, normotérmico, com sangramento mediastinal reduzido e controle algico. (BARRETTA et al, 2017).

O enfermeiro tem um importantíssimo papel no controle da hemodinâmica, definido como de alta complexidade devido ao elevado grau tecnológico, ação intensa e variada, de local estressante devido às condições, intensidade e ritmo de trabalho.

Importantíssimo que o profissional pesquise toda a história clínica, de reações, sensibilidade e alergias, assim como doenças renais, hipertireoidismo ou qualquer outra disfunção, como forma de prevenir possíveis complicações, que podem provocar desde respostas pequenas como também um choque anafilático. (LIRA et al., 2012).

A assistência de enfermagem ao paciente em perioperatório cardíaco é realizado de forma contínua, onde requer toda atenção da equipe principalmente do enfermeiro, gerenciando para que o paciente tenha sempre um profissional a sua disposição, elaborando um plano de cuidados individualizado e reconhecendo as carências do cliente no (PO). É indispensável que o enfermeiro desenvolva uma relação de troca e confiança com o paciente, realizar uma visita no pré-operatório pode colaborar com a minimização da ansiedade no decorrer de todo tempo de perioperatório, esse cuidado com o cliente eleva a positividade dos resultados das intervenções de enfermagem prestada e pode até mesmo reduzir o número de possíveis diagnósticos. (SILVA et al., 2017).

Tendo em vista que o perioperatório cardíaco começa já na indicação cirúrgica se estendendo até a alta médica, é notório o quão indispensável é a assistência do enfermeiro em todas as fases deste processo. Desde a avaliação pré-operatória através da identificação dos fatores de risco cirúrgico, o profissional já tem a liberdade de implantar ações que podem colaborar com os resultados positivos da cirurgia, reduzindo e em alguns casos impedindo esses fatores, contribuindo significativamente com a minimização da morbimortalidade operatória. (AMORIM; SALIMENA, 2015).

Tabela 1: Diagnósticos e Intervenções de enfermagem no perioperatório cardíaco

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Pré-operatório imediato	
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar todo procedimento, esclarecendo as dúvidas que o cliente tenha, em linguagem que o mesmo entenda; - Avaliar o nível de ansiedade e reações físicas do cliente (ex., taquicardia, taquipnéia); - Proporcionar um ambiente agradável e aconchegante; - Realizar anotação pertinente no prontuário do paciente, em relação aos diagnósticos identificados.
Risco de Perfusão Tissular cardíaca Diminuída	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar quanto a dor no tórax (intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes de alívio), pescoço e mandíbula, respiração curta, diaforese, náusea e vômitos. Se a dor no tórax estiver presente administrar oxigênio pela cânula nasal conforme prescrito;

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a eletrocardiografia, frequência e ritmo cardíaco, pressão arterial, pressão venosa central e SaO₂ (oximetria de pulso), SvO₂ (saturação venosa mista de oxigênio); - Documentar arritmias cardíaca; - Orientar o paciente a relatar imediatamente desconforto no peito; - Verificar sinais e sintomas de insuficiência respiratória; - Monitorar dados laboratoriais quando adequado (enzimas cardíacas, níveis de eletrólitos); - Interpretar dados laboratoriais.
Debito cardíaco Diminuído	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar sons cardíacos e pulmonares; - Administrar oxigenioterapia conforme prescrição médica; - Verificar pressão arterial, pulso antes de administrar inibidores da (ECA), digoxina, bloqueadores de canais de cálcio e betabloqueadores, como carvedilol; - Monitorar entrada e saída de líquidos; - Observar os dados laboratoriais, em especial gasometria arterial, eletrólitos, incluindo potássio e magnésio, entre outros; - Observar resultado de eletrocardiografia e radiografia torácica; - Colocar paciente em posição adequada; - Atentar para sinais de resistência vascular sistêmica (sinais de choque descompensado); observar presença de pele fria e pegajosa.
Intra/Transoperatório	
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Observar e relatar sinais de infecção tais como rubor, calor, secreção e aumento de temperatura corporal; - Avaliar a cor, a umidade, a textura e o turgor (elasticidade) da pele. Manter uma documentação precisa e contínua das alterações; - Usar higiene das mãos corretamente; - Usar EPI's corretamente para realizar procedimentos; - Utilizar técnica asséptica sempre que houver perda da integridade da pele.
Risco de Sangramento	<ul style="list-style-type: none"> - Observar e registrar presença de sangue; - Realizar orientação verbal e escrita ao cliente/ familiar sobre quando e como eles podem reiniciar seus anticoagulantes após uma cirurgia; - Orientar repouso; observar presença de manchas no corpo.
Risco de choque	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxigênio imediatamente e os medicamentos conforme prescrição médica; - Monitorar os sinais vitais, pressão arterial, pulso, respirações e oximetria de pulso; - Monitorar a pressão de oclusão da artéria pulmonar; - Monitorar nível de lactato sérico; - Monitorar gasometria arterial, coagulação, glicemia capilar, enzimas cardíacas, hemoculturas e hematologia.
Troca de gases Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a frequência profundidade da respiração e facilidade para respirar, observar o uso dos músculos acessórios e o batimento das asas do nariz; - Monitorar o comportamento e o estado mental do cliente quanto ao início de inquietude, agitação, confusão e (nos estágios tardios) de extrema letargia); - Observar quanto a cianose da pele, em especial a cor da língua e das membranas mucosas orais; - Monitorar os parâmetros do ventilador rotineiramente se paciente com via aérea definitiva; - Verificar regularmente todas as conexões do ventilador; - Monitorar fatores que aumente o consumo de O₂ (febre, tremor, convulsões) capaz de ultrapassar os ajustes do ventilador e causar dessaturação de O₂; - Auscultar sons pulmonares quanto a crepitações ou outros ruídos adventícios; - Manter cabeceira elevada, caso não haja objeção; - Avaliar ventilação perfusão respiratória; - Monitorar nível de consciência, pressão arterial, pulso, temperatura.

Risco de desequilíbrio Eletrolítico	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar níveis anormais de eletrólitos séricos; - Monitorar ocorrência de manifestações neurológicas, através da escala de Glasgow e Ramsay; - Monitorar a frequência e o ritmo cardíaco, relatar alterações; - Administrar líquidos parenterais conforme recomendado e monitorar seus efeitos.
-------------------------------------	--

Pós-Operatório imediato

Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar nível de consciência e de reflexo de tosse; - Manter balonete traqueal do TOT ou TQT inflado; - Verificar posição da sonda antes de alimentar paciente e realiza-la em pequenas quantidades; - Parar ou desligar dieta durante aspiração.
--------------------	--

Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Apontar se o paciente sente dor no momento da admissão. Se houver dor, encaminhar e relatar avaliação abrangente de dor, incluindo, local, início, frequência, intensidade e gravidade realizando analgesia prescrita; - Incentivar o uso de métodos não farmacológicos para o controle da dor, como, distração, imaginação, relaxamento e aplicação de quente/frio quando necessário de modo a alcançar o conforto; - Avaliar o paciente várias vezes ao dia quanto a presença da dor, geralmente junto com a verificação dos sinais vitais, na realização de atividades e no repouso, observar ainda durante o procedimento que causam dor; - Identificar os fatores que aliviam/ pioram a dor, reduzir ou eliminar os fatores que causam a dor; observar indicadores não verbais de desconforto, em especial nos pacientes que se comunicam com dificuldade; - Utilizar estratégia terapêutica de comunicação para reconhecer a experiência da dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a dor.
-----------	---

Integridade da pele e Tissular Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar curativos com a medicação tópica, adequada; - Observar sinais e sintomas de infecção; - Hidratar a pele quando necessário; - Fazer limpeza diária da incisão operatória; - Observar e manter cuidados com áreas de pressão; - Orientar ou posicionar paciente para um melhor fluxo circulatório; - Observar alterações na pele; - Observar sinais e sintomas de infecção na punção venosa.
--	--

Risco de glicemia Instável	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar resultado de glicemia capilar no período PO; - Avaliar sinais de hipoglicemia e hiperglicemia; - Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do cliente na recuperação anestésica, se indicado.
----------------------------	---

Risco para função Cardiovascular Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na inserção e na remoção das linhas invasivas de monitoração; - Monitorar frequência e o ritmo cardíaco; - Monitorar pressão sanguínea (sistólica, diastólica e média), a pressão venosa central; - Monitorar as formas das ondas hemodinâmicas na presença de pressão arterial invasiva quanto a mudanças na cardiovascular; - Comparar parâmetros hemodinâmicos com outros sinais e sintomas clínicos.
--	---

Fonte: RIBEIRO et al, 2019 / RIBEIRO et al, 2015 / LADWIG; ACKLEY, 2012 / GALDEANO et al, 2003 / MIRANDA et al, 2016.

Como apresentado na tabela acima, o paciente pós cirúrgico necessita do uso da ventilação mecânica nas primeiras 24 horas após o procedimento realizado, sendo esse o período mais grave, onde requer observação constante da equipe ligada aos

cuidados. Um estudo mostra que a elaboração e implantação do protocolo de prevenção de aspiração direcionado a clientes posterior ao procedimento cirúrgico cardíaco, comprova a eficácia na contenção de episódio de pneumonia no público estudado, evidenciando ainda a importância do cuidado desenvolvido pelo profissional enfermeiro com relação a ventilação e oxigenação. (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

O profissional enfermeiro precisa estar atento aos diagnósticos apresentados pois normalmente estão interligados, ou seja, a intensidade da dor tem ligação com as alterações dos sinais vitais, mudanças nas frequências cardíaca, respiratória e pressão arterial, as quais indicam a proporção da dor e sua influência no PO. O paciente apresenta vários diagnósticos ao mesmo tempo, e a equipe precisa estar capacitada para realizar todas as intervenções de forma ágil, precisa e individualizada. Mediante estudo a avaliação de clientes que tiveram dor intensiva e/ou insuportável, após a primeira troca de curativo essa intensidade reduziu consideravelmente por meio desse procedimento, destacando o benefício da intervenção de enfermagem na promoção do bem-estar do cliente. (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015).

Os procedimentos que abrangem as intervenções de enfermagem na alta complexidade cardiovascular precisam estar amparados nos princípios da SAE, guiados através do conhecimento teórico da profissão, sintetizado com domínio científico em todas as condutas que circundam o profissional, cliente e acompanhante. Assim, o perioperatório cardíaco do cliente requer do enfermeiro uma contínua atualização e pericia clínica, com a finalidade de gerenciar com primazia as intervenções de enfermagem que envolvam aspectos integrais diminuindo episódios de complicações e colaborando para a recuperação da saúde do paciente em tempo oportuno. (AMORIM; SALIMENA, 2015).

Vale destacar que o profissional se desdobra como gerente, organizando a parte assistencial, financeira, administrativa, observando pendências, supervisionando o trabalho diário de sua equipe e até mesmo gerenciando possíveis conflitos. Com isso, garante condições favoráveis ao meio de trabalho possibilitando uma boa assistência ao paciente, além de realizar o cuidado direto ao paciente, através dos procedimentos privativos do enfermeiro, tudo realizado de forma a proporcionar a mais rápida evolução do paciente e redução no tempo de internação. (LIRA et al, 2012).

A assistência prestada aos pacientes sujeito a cirurgia cardíaca precisam estar muito bem planejada pela enfermagem, pois tais diagnósticos como os apresentados na tabela 1, como risco para infecção, risco para desequilíbrio eletrolítico, risco de

aspiração, integridade da pele e tissular prejudicada através da disposição no leito e o procedimento em si, troca de gases ineficaz, entre outros, tem a eficácia das intervenções de enfermagem diretamente ligadas a boa recuperação cirúrgica. (DIENST-MANN; CAREGNATO, 2013).

O enfermeiro e sua equipe precisam ter disponibilidade para estar sempre dando todo e qualquer suporte que o paciente necessite, garantindo não apenas a assistência técnica, como também apoio emocional ao mesmo e a sua família, orientando-os, ajudando a minimizar a ansiedade, receio e aflições geradas pelo procedimento cirúrgico e internação. Compete ao enfermeiro, como encarregado pela equipe de enfermagem, planejar ações que leve a promoção da positividade do cliente, instigando que os acontecimentos que o angustiam são temporários visando fomentar sua rápida recuperação. (TAURINO, 2019).

A assistência de enfermagem no perioperatório cardíaco contribui significativamente na redução da ansiedade do paciente, conseqüentemente, colaborando na adesão ao tratamento, e recuperação pós-operatória, pois a grande maioria é considerada leiga no que diz respeito a cirurgia cardíaca. As ações desenvolvidas incluem mudanças nos hábitos diários dos clientes, como na alimentação, exercícios diários e limitações físicas por exemplo, não levantar peso no PO. O fortalecimento da ligação entre o cliente, acompanhantes e enfermeiro é essencial para se chegar ao resultado assertivo nos cuidados ofertados. (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Segundo pesquisa realizada em uma unidade de clínica de um hospital porte IV, situado na região noroeste no Rio Grande do Sul, os cuidados prestados pelo enfermeiro colaboraram de forma significativa na redução da ansiedade e entendimento sobre o procedimento a ser realizado. Esse cuidado da parte do enfermeiro para com o paciente proporciona um preparo físico e biológico para o perioperatório cardíaco elevando os resultados positivos de PO. (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da presente revisão permitiu demonstrar a complexidade de uma cirurgia cardíaca e as necessidades assistenciais para que a mesma tenha sucesso. O perioperatório cardíaco requer comprometimento da equipe multiprofissional constante em todas as fases. O conhecimento científico e proatividade do enfermeiro na tomada de decisão na implantação dos cuidados e ações necessárias durante todo o perioperatório tem grande significância na positividade desses resultados.

O enfermeiro é o responsável pelo bem-estar geral do paciente durante todo o perioperatório. As três fases pré, trans e pós-cirúrgica estão interligadas, ou seja, o cuidado ou ausência dele em uma fase pode refletir na outra, cabe ao enfermeiro planejar e promover uma assistência coerente e ininterrupta até a alta hospitalar. Sendo assim, fica notória a importância das orientações e cuidados prestados ao paciente pelo enfermeiro no perioperatório cardíaco, visando o bem-estar físico e mental do mesmo.

Todas as ações planejadas pelo enfermeiro buscam a rápida e boa recuperação cirúrgica, o desconhecido assusta, o medo da morte gera aflição e isso pode influenciar diretamente na recuperação e tempo de internação. Geralmente o cliente desenvolve um quadro de ansiedade em relação ao procedimento cirúrgico, que pode desenvolver alterações psicológicas e fisiológicas negativas, cabe ao enfermeiro minimizar esse quadro.

O enfermeiro pode reduzir e/ou evitar esse momento de ansiedade do paciente ao se apresentar e sanar todas as dúvidas, explicar todos os procedimentos, tempo cirúrgico, pós-operatório, alertá-lo que após acordar da cirurgia terá muitos aparelhos no seu corpo, para que o mesmo não se assuste, e que estará ao lado dele em todos os momentos, essa segurança de acordar e ver um rosto conhecido ajuda a tranquilizar o paciente, e o enfermeiro é o responsável por isso, além de todos os cuidados/intervenções de enfermagem nos momentos pré, trans e pós-operatório.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Thaís Vasconcelos; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: revisão/reflexão. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 41, n. 3-4, p. 149-154, jul/dez. 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1804/2171-14386-1-pb.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. História da cirurgia cardíaca no mundo. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** São José do Rio preto, v.27, n.1, p.125-34. Jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a19.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRAILE, Domingo M.; GOMES, Walter J.. Evolução da cirurgia cardiovascular: a saga brasileira. Uma história de trabalho, pioneirismo e sucesso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 94, n. 2, p. 151-152, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/02.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BARRETTA, Jeana Cristina et al. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 259-264, jan. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4042/pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CANNON, Christopher P.; STEINBERG, Benjamin A. **Cardiologia baseada em evidências**. 3ed. Porto Alegre -RS: Artmed, 2012. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536327396/cfi/50!/4/4@0.00:59.2>. Acesso em: 05 mai. 2020.

CHEEVER, Kerry H.; BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tra-tado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2820-1/cfi/6/86!/4/270@0:77.1>. Acesso em: 20 mar. 2020.

COPPETTI, Larissa de Carli; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; BENETTI, Eliane Raquel Rieth. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **Rev Min Enferm.** [s.l.], v.19, n.1, p.113-119, jan/mar 2015. Disponível em: <https://cdn.publis-her.gn1.link/remo.org.br/pdf/v19n1a10.pdf>. Acesso em: 06 Agost. 2020.

COVATTI, Chrissy Franca et al. Risk factors for cardiovascular diseases in elderly and adults at a university hospital. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, [s.l.], v.36, n. 1, p. 24-30, fev. 2016. Fundación alimentación saludable. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12873/361covatti>. Acesso em 20 fev. 2020.

GALDEANO, Luzia Elaine et al. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.11,

n.2, p.199-206, 2003. Disponível em:
<https://www.scelo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a09.pdf>. Acesso em 30 nov. 2020.

GUYTON, Arthur C.; HALL, Jhon E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

JOST, Marielli Trevisan; VIEGAS, Karin; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória na segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev. sobecc**, São Paulo, v.23, n.4, p.218-225, 2018. Disponível em: <https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/440>. Acesso em: 29 Nov. 2020.

KOERICH, Cintia; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s.l.], v.24, p.2748, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02748.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

LADWIG, Gail B.; ACCKLEY, Betty J. Mosby guia de diagnóstico de enfermagem. 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LIRA, Ana Luisa Brandão de Carvalho et al. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Rene**, [s.l.], v.13, n.5, p.1171-81, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4131/3215>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MANSUR, Antonio de Padua; FAVARATO, Desidério. Tendências da Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. **Arq. Bras. Cardiol.** [s.l.], p.20-25. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

MARTINS, Dayane Franco; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p.153-166, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3810/3274>. Acesso em 20 fev. 2020.

MIRANDA, Amanda Braz et al. Posicionamento cirúrgico: Cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev. sobecc**, São Paulo, v.21, n.1, p.52-58, Jan./mar. 2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5578.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MONTEIRO, Guilherme Maia; MOREIRA, Daniel Medeiros. Mortalidade em Cirurgias Cardíacas em Hospital Terciário do Sul do Brasil. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**. [s.l.], v.28, n.3, p.200-205. 2015. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/28/pdf/v28n3a06.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PEREIRA, Débora de Almeida. et al. Conhecimento de pacientes no pré-operatório acerca da cirurgia cardíaca. **Rev. Enferm. UFPE.**, Recife: v.11(Supl. 6) p.2557-64. jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23424/19108>. Acesso em: 20 fev. 2020.

POTTER, Patricia A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151734/cfi/6/30!/4/2/16/6/2@0:0>. Acesso em: 20 mar. 2020.

PRATES, Paulo R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** Porto Alegre- RS: v.14, n.3, p.177-184. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbccv/v14n3/14n3a01.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PRATES, Cassiana Gil et al. Comparação das taxas de infecção cirúrgica após implantação do checklist de segurança. **Acta Paul Enferm.** [s.l.], v.31, n.2, p.116-22, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0116.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

RIBEIRO, Elaine; FERRAZ, Keny Michelly Camargos; DURAN, Erika Christiane Marocco. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Rev. Sobecc**, São Paulo: v.22, n.4, p.201-207, Out./Dez. 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/231/pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RIBEIRO, Carla Portolan. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Rene.**,[s.l.], v.16, n.2, p.159-67, Mar-Abr. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2697/2082>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção et al. Pós-Operatório de Revascularização do Miocárdio: Possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **J. res.: fundam. Care. Online.** [s.l.], v.11, n.3, p.801-80. abr./jun. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6976/pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SANTOS, Ana Paula Azevedo et al. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Competências profissionais e estratégias da organização. **Rev. Esc. Enferm USP**, Ribeirão Preto- SP, v.50, n.3, pg.474-481, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0474.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

SANTOS, Ana Paula Azevedo; LAUS, na Maria; CAMELO, Silvia Helena Henriques. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **ABCS Health Sci.** [s.l.] v.40, n.1, p.45-52, 2015. Disponível em : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscS-cript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=746717&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 jun.2020.

SANTO, Ilana Maria Brasil do Espírito et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. **REAS/EJCH**. Vol.Sup.n.43, p.2945, 2020. Disponível em: <https://acervo-mais.com.br/index.php/saude/article/view/2945/1603>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SENE, Elisabete Silvana de Oliveira; JARDIM, Dulcilene Pereira. Atuação da enfermagem em cirurgia cardíaca minimamente invasiva vídeo assistida. **Rev. SOBCEC**, São Paulo, v.21, n.3, p.170-177. Jul./set. 2016. Disponível em: <https://revista.sobcecc.org.br/sobcecc/article/view/181/143>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SILVA, Wagner Lucas de Araujo Valença et al. Cirurgias cardíacas: assistência de enfermagem a portadores de cardiopatia no período perioperatório. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 323-336. nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/view/4565/2625>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SOARES, Gustavo Mattos Teixeira et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Rev. Bras. Cardiol.**, [s.l.], v.24, n.3, p.139-146. Mai/jun. 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/so-cerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_01prevalencia.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

TAURINO, Ilka Jenifer Menezes. Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. **Pubsaúde**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 1-14. 2019. Disponível em: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/03/014-Cirurgia-card%C3%ADaca-refletindo-sobre-o-cuidado-de-enfermagem-no-per%C3%ADodo-p%C3%B3s-operat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

TESTON, Elen F. et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.49, n.2, p.95-102. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/118390/115943>. Acesso em: 20 fev. 2020.

TORRATI, Fernanda Gaspar; DANTAS, Rosana Ap. Spadoti. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm.**, [s.l.], v.25, n.3, p.340-345, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a04.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

UMEDA, Iracema loco Kikuchi. **Manual de fisioterapia na cirurgia cardíaca**. 2. ed. Barueri – SP: Manole, 2010. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520459652/cfi/15!/4/2@100:0.00>. Acesso em: 05 mai. 2020.

WOTTRICH, Shana Hastenpflug. et al. Manifestos do Coração: Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, Brasília, v. 31, n. 2, p.213-219. Abr-Jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n2/0102-3772-ptp-31-02-0213.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ANEXOS



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Jocinéia Câmara de Oliveira

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 14.08.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estadística

Suspeitas na Internet: 2,56%
Percentual do texto com expressões localizadas na internet às

Suspeitas confirmadas: **2,23%**
Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados às

Texto analisado: **90,53%**
Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**
Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
sexta-feira, 14 de agosto de 2020 10:43

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **JOCINÉIA CÂMARA DE OLIVEIRA**, n. de matrícula **11625**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 2,56%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente