

CURSO DE ENFERMAGEM

Indiara Zambarda Pinto

**CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:
HISTÓRIA CLÍNICA DOS PACIENTES E INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM**

Santa Cruz do Sul

2015

Indiara Zambarda Pinto

**CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:
HISTÓRIA CLÍNICA DOS PACIENTES E INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como quesito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Enf^ª. Dda. Rosylaine Moura

Santa Cruz do Sul

2015

Indiara Zambarda Pinto

**CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:
HISTÓRIA CLÍNICA DOS PACIENTES E INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM.**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

Prof^ª. Enf^ª. Dda. Rosylaine Moura
Professora Orientadora - UNISC

Prof. Enf^ª. Ms. Maria Salette Sartori
Professora examinadora - UNISC

Prof. Enf^º. Ms. Nestor Pedro Roos
Professor Examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me permitir estar realizando estes sonhos. À minha família por todo apoio, compreensão e encorajamento. Ao meu namorado, por estar do meu lado, por compreender a minha ausência, por dedicar-se à minha pessoa e as modificações da minha trajetória, por me encorajar durante todos os momentos da graduação e buscar junto comigo esta conquista. À minha mãe por sempre estar ao meu lado, por constituir meu mais forte pilar e por ouvir diversas vezes meus questionamentos, suposições, apresentações, conceitos, etc. Ao meu pai por todo esforço, por todos os desabafos, por me ensinar ver o mundo de uma maneira mais singela, por constituir parte da minha força e me ensinar a ser. Às minhas irmãs por serem exatamente como são... Vocês foram minha melhor escola de paciência..”hahaha”, mas, também de amor, de carinho, de respeito, de relações. Obrigada por me apoiarem e comemorarem desde minhas pequenas conquistas como se elas fossem as maiores do mundo, vocês muito me motivaram com seus atos!

Às minhas amigas por estarem sempre a minha espera... Sempre prontas pra descontraírmolas e por ouvir coisas que às vezes nem entendiam que não eram dos seus contextos e discutirem sobre e por vezes concordarem comigo! Por todo o carinho e o amor continuar intacto mesmo se vendo poucas vezes... Por me perdoarem todas as vezes que tive que desmarcar em “cima da hora” porque surgiam mais compromissos. Aos meus colegas por proporcionar-me muito aprendizado durante essa caminhada, além das amizades e do real coleguismo.

As minhas professoras e meus professores por dedicarem com amor e responsabilidade seus esforços e por dividir suas imensas sabedorias. Em especial á três professoras que fizeram o diferencial na minha caminhada: Ana Zoé, Rosylaine Moura e Maristela Rezende.

À minha professora orientadora Rosylaine Moura, que me orientou desde a escolha pela profissão até a concretização deste desejo de realizar este trabalho de conclusão. Meu eterno agradecimento por me auxiliar constantemente durante esta trajetória: o primeiro artigo, a primeira experiência como bolsista, a primeira prova, por me ensinar sobre esta linda profissão e por me aconselhar neste mundo da enfermagem, por me permitir sentir hoje extremamente realizada quanto à escolha e o desejo profissional de ser uma Enfermeira. Dedico especialmente a você, os frutos que colherei ao longo desta caminhada.

“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas, continue em frente de qualquer jeito”.

Martin Luther King

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA – Artéria Descendente Anterior
AH – Alta Hospitalar
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CEC – Circulação Extracorpórea
CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DAC – Doença Arterial Coronariana
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV – Doença Cardiovascular
DLP – Dislipidemia
DM – Diabetes Mellitus
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FR – Fator de Risco
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC – Insuficiência Renal Crônica
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatística
SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBCC – Sociedade Brasileira de Cirurgias Cardiovasculares
SBCEC – Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea
SUS – Sistema Único de Saúde
RM – Revascularização do Miocárdio
UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VM – Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 MARCO TEÓRICO	12
2.1 As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco	12
2.2 Cirurgia cardíaca.....	15
2.2.1 Circulação Extracorpórea	16
2.3 Intervenções do enfermeiro frente ao paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio	18
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Local da pesquisa.....	24
3.3 Sujeitos da Pesquisa	25
3.4 Aspectos éticos e técnicos	26
3.5 Instrumentos de coleta de dados	27
3.6 Tratamento e Análise dos dados	27
3.7 Divulgação da pesquisa	28
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	29
4.1 Perfil sócio demográfico dos indivíduos	30
4.2 Histórias clínicas dos indivíduos	33
4.4 Atenção ao paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio	40
4.4.1 No período pré-operatório	41
4.4.2 No pós-operatório	42
4.4 No pós-operatório no domicílio.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados nos prontuários dos pacientes:	64
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada destinada aos pacientes:.....	65
ANEXOS	66

RESUMO

A cirurgia de revascularização do miocárdio é o tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana, sendo atualmente um dos assuntos mais estudados na área da saúde. Este estudo buscou delinear o perfil epidemiológico e a história clínica dos pacientes submetidos a esta cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, de junho/2012 a junho/2015, em um hospital ensino do interior do Rio Grande do Sul, referência para 25 municípios em alta complexidade cardiovascular. Também buscou caracterizar as intervenções do enfermeiro frente a estes indivíduos, assim como, desvelar as percepções dos sujeitos à cerca das intervenções de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa com metodologia mista, exploratória e descritiva. Inicialmente estudou-se 81 prontuários dos indivíduos que haviam realizado a cirurgia, e destes, após seleção aleatória estratificada, entrevistou-se 12 sujeitos. O perfil encontrado nos prontuários foi majoritariamente de homens (71,6%), com mais de 60 anos de idade (63%), vivendo sem consorte (54,3%), possuindo três indicações cirúrgicas (50,6%), sendo as mais descritas: doença arterial coronariana triarterial e cardiopatia isquêmica. A maioria apresentou fator de risco pré-cirúrgico associado (64,2%), sendo o principal tabagismo/ex-tabagismo (59,4%), e as principais patologias: hipertensão arterial, doença arterial coronariana e dislipidemia. O tempo médio de hospitalização foi de 11,7 dias e 58% dos indivíduos tiveram alguma intercorrência. A maioria dos pacientes entrevistados relatou satisfação com o atendimento durante a hospitalização e juntamente com seus familiares, foram bem orientados para a alta. Após a alta, foram encaminhados majoritariamente para a atenção secundária (especialidade cardiovascular) talvez justificando a pouca vinculação com a atenção primária e dificuldades com outros problemas de saúde, para além desta especialidade. Apesar de somente dois pacientes relatarem piora em seu estado geral após a cirurgia, a autora percebeu que a maioria apresentava-se dependente dos familiares. Com os resultados obtidos pretende-se contribuir para qualificar a atenção a este público em todos os níveis de assistência.

Doença das Coronárias - Revascularização Miocárdica - Papel do Profissional de Enfermagem

ABSTRACT

The coronary artery bypass surgery is the surgical treatment of coronary artery disease, and is currently one of the most studied topics in health care. This study aimed to describe the epidemiological profile and the clinical history of patients undergoing this surgery by the Unified Health System, June / 2012 to June / 2015 in a teaching hospital in the interior of Rio Grande do Sul, reference to 25 municipalities in high cardiovascular complexity. Also sought to characterize the nursing interventions against these individuals, as well as unveil the perceptions about the subject of nursing interventions. It is a survey of mixed, exploratory and descriptive methodology. Initially she studied medical records of 81 individuals who had undergone surgery, and of these, after stratified random selection, was interviewed 12 subjects. The profile found in the medical records was mostly men (71.6%), with over 60 years of age (63%), living without partner (54.3%) having three surgical indications (50.6%), and the most described: triple vessel coronary artery disease and ischemic heart disease. The majority had preoperative risk factor associated (64.2%) and the main smoking / ex - smokers (59.4%), and major diseases: hypertension, coronary artery disease and dyslipidemia. The mean hospital stay was 11.7 days and 58 % of patients had complications. Most of the patients interviewed reported satisfaction with care during hospitalization and with their families, were good targeted towards the high. After discharge, mostly they were referred to secondary care (cardiovascular specialty) perhaps justifying the little link with primary care and difficulties with other health problems in addition to this specialty. Although only two patients reported worsening of their general condition after surgery, the author noticed that most had become dependent on family members. With the results it is intended to contribute to qualify attention to this public at all levels of care.

Disease of coronary - Myocardial Revascularization - Role of Professional Nursing

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam as principais causas de mortes no mundo. Estas doenças causaram mais de 17 milhões de óbitos no ano de 2008, sendo três milhões destes óbitos de pessoas com menos de 60 anos de idade, evitáveis em sua maioria (RADOVANOVIC, 2014).

No Brasil, como nos países desenvolvidos entre as doenças cardiovasculares, a doença arterial coronariana é a que mais causa mortes, sendo responsável por 36% dos óbitos em pessoas com idade entre 50 e 64 anos, e 42% naquelas com idade acima de 65 anos (FERNANDES, 2008).

São inúmeros os fatores de riscos destas patologias, entre eles, os não modificáveis como: sexo, idade e hereditariedade e os modificáveis como: obesidade, sedentarismo, estresse, dislipidemias, alcoolismo, tabagismo e também patologias como hipertensão e diabetes.

Diversas estratégias de prevenção têm sido implementadas ao redor do mundo no intuito de diminuir e ou retardar os efeitos deletérios destes fatores de risco na população. Quando todas as formas de prevenção e de tratamento falham é necessário lançar mão de procedimentos mais complexos e especializados para reverter o dano já causado, melhorando a qualidade de vida e aumentando a sobrevida dos pacientes. Entre estas tecnologias encontramos a cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio.

A cirurgia de revascularização do miocárdio segundo Dallan (2013, p. 138) é “o tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana, sendo o assunto mais estudado dentre todas as especialidades médicas atualmente”.

Diante do número crescente de pacientes com indicação para esta cirurgia o Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado o número de hospitais que realizam este procedimento, antes centralizado nas grandes cidades e capitais.

Nesta perspectiva o Hospital de origem dos dados, localizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, há aproximadamente 150 km da capital do estado, desde 2012 é referência para vinte e cinco municípios das regiões centro serra e do vale do rio pardo, onde habitam em torno de trezentas mil pessoas.

A introdução desta cirurgia nesta instituição hospitalar implicou em alterações significativas na estrutura física, nos fluxos e rotinas de serviços, e especialmente no que diz respeito aos recursos humanos, que precisaram se adaptar às mudanças necessárias e a chegada dos novos profissionais da equipe especializada em cirurgia cardiovascular.

Dentre estes profissionais, os (as) enfermeiros (as) como coordenadores de equipes e de serviços e gestores do cuidado do paciente, provavelmente foram os mais afetados por esta nova demanda.

Os pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio transitam por diversos setores do hospital desde sua internação até a alta, como: unidade de internação clínica/cirúrgica, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, entre outros. Desta forma, as equipes de enfermagem precisaram incorporar em suas rotinas novas tecnologias de cuidado para dar conta das especificidades destes usuários.

É neste contexto que a autora aproximou-se da temática, durante a realização de práticas curriculares e extracurriculares na trajetória no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Neste período, a pesquisadora pode acompanhar diversos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio tanto no transoperatório como no pós-operatório remoto no domicílio, e desta forma, perceber a relevância das intervenções do profissional enfermeiro na melhoria da qualidade de vida após a cirurgia.

Diante do entendimento de que uma assistência de enfermagem qualificada é fundamental para aumentar as chances de sobrevivência do paciente, e que os profissionais de enfermagem em questão desconhecem o perfil desta nova demanda e por isso tem dificuldades em adequar e direcionar suas ações elaborou-se as seguintes questões norteadoras: Quem são os pacientes que revascularizaram o miocárdio na instituição e quais as suas histórias clínicas¹? Como foi a participação da enfermagem desde a indicação cirúrgica até o momento?

Para responder estes questionamentos elaboraram-se os seguintes objetivos: identificar o perfil epidemiológico, conhecer a história clínica dos pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio pelo Sistema Único de Saúde (SUS) neste hospital de referência no período de junho de 2012 a junho de 2015, assim como, as percepções pós-cirúrgicas dos sujeitos acerca das intervenções de enfermagem e também caracterizar as intervenções do enfermeiro neste contexto.

¹ A história clínica, assim, como todas as demais histórias escritas, é elaborada a partir dos dados fornecidos através de relatos dos pacientes ou de seus familiares, das enfermidades atuais e passadas, bem como de registros hospitalares prévios e passados e assim por diante, até formar a sua história clínica, que não deixa de ser a história da saúde dos indivíduos (BARROS, 2004, <<http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf>>).

A partir da identificação das histórias clínicas e da assistência de enfermagem prestada à estes indivíduos, pretende-se contribuir no aperfeiçoamento da assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde percorridos por eles, assim como, demonstrar os principais fatores de risco cardiovasculares na população regional. Neste sentido o estudo poderá servir de alerta para indivíduos e gestores da saúde, no intuito de encorajar a incorporação de hábitos saudáveis e aprimorar políticas e ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado das comorbidades.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco

O grupo de doenças denominadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representam, o mais importante problema de saúde no mundo (63% dos óbitos totais), tendo altos índices de mortes prematuras, especialmente em países de baixa e média renda. A Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui como DCNT as doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e *cardiovasculares*), neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, devido apresentarem fatores de risco comuns (WHO, 2005, 2011).

No Brasil, as DCNT's representaram no período, de 1991 a 2010, a 72% das causas das mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), doença respiratória crônica (5,8%) e diabetes (5,2%) (DUNCAN et al, 2011).

Dentre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cardiovasculares (DCV) são as que afetam o coração e as artérias, como o infarto e acidente vascular cerebral, e também arritmias cardíacas, isquemias ou anginas. A principal característica das doenças cardiovasculares é a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias ao longo dos anos que impede a passagem do sangue (BRASIL, 2011).

As doenças do sistema circulatório são definidas na décima classificação internacional das doenças (CID-10) como: Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração (I000-I099), Doenças hipertensivas (I100-I159), Doenças isquêmicas do coração (I200-I259), Doença cardíaca pulmonar e outras formas (I260-I459, I470-I499, I510-I519), Parada cardíaca (I460-I469), Insuficiência cardíaca (I500-I509), Doenças cerebrovasculares (I600-I699), Aterosclerose (I700-I709), Restante doenças do sistema circulatório (I710-I990).

As doenças isquêmicas do coração representaram em 2010 à terceira causa de morte para homens brasileiros na faixa etária de 40 a 49 anos e a primeira para homens com idades entre 50 e 59 anos. Para as mulheres, foram à segunda causa de morte entre os 40 e 49 anos e a primeira entre os 50 e 59 anos (exceto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste) (BRASIL, 2012). Bassanesi et al (2008) aponta que em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), entre 2000 e 2004, dos 45- 64 anos as Doenças Isquêmicas do Coração corresponderam a 40% dos óbitos cardiovasculares (28,5% do total dos óbitos na faixa etária).

As taxas brasileiras das doenças isquêmicas do coração variaram de 61,9, em 2000, para 52,3 óbitos por 100 mil habitantes, em 2010, apresentando no período redução de

15,4%, sendo que o Rio Grande do Sul foi o segundo estado com maior redução (-31,3%) (BRASIL, 2012). As causas deste declínio no país ainda não foram estudadas formalmente, mas as prováveis explicações para esta mudança são a queda notável na prevalência de tabagismo e a expansão do acesso aos cuidados médicos viabilizados com a estruturação do SUS, especialmente na atenção primária (SCHMIDT, 2011).

Os fatores de risco surgiram pela primeira vez através da repercussão do estudo de Framingham (Framingham Heart Study) por Kannel et al (1961) em que se definiu como fator de risco, o fator que desempenha um papel no desenvolvimento da doença.

O Primeiro Consenso de Prevenção de Risco Cardiovascular (2013) indica os escores de Framingham, Reynolds, Risco Global e de Tempo de Vida para a estratificação dos riscos.

O escore de Framingham estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronária no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Já o escore de Reynolds inclui a proteína C-reativa e o antecedente familiar de doença coronária prematura e estima a probabilidade de infarto do miocárdio, AVC, morte e revascularização em 10 anos.

O escore de Risco Global estima o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência vascular periférica e insuficiência cardíaca em 10 anos. Já o Risco de Tempo de Vida, avalia a probabilidade de um indivíduo, a partir de 45 anos, apresentar um evento isquêmico. O Consenso sugere a combinação dos quatro para melhor avaliação de risco e recomenda a utilização do Escore de Risco Global para avaliação do risco em 10 anos e do Risco de Tempo de Vida para estimar o risco ao longo da vida em indivíduos acima de 45 anos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2005), “75% das doenças cardiovasculares podem ser atribuídas aos fatores de risco convencionais” modificáveis ou não. Entre os modificáveis a SBC aponta: “pressão arterial alta, lipídios sanguíneos anormais, uso do tabaco, inatividade física, obesidade, dietas inadequadas, diabetes mellitus”.

Wilson (1998) e Fletcher (1996) citados por Silva (2005 p. 388) também apontam que:

Cerca de 75 a 80% dos portadores de doença arterial coronariana (DAC) apresentam fatores de risco convencionais ou clássicos representados por hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, idade avançada, sexo masculino e antecedentes familiares, sendo acrescentados, posteriormente, sedentarismo, estresse emocional e obesidade.

Os fatores de risco cardiovasculares não modificáveis segundo a SBC (2005) são: “histórico familiar ou hereditariedade, sexo, idade avançada, raça ou etnia”. Já os fatores que não são tão facilmente modificáveis chamados pela SBC (2005) por, outros fatores, são: “status socioeconômico baixo, saúde mental debilitada, uso de álcool, stress psicossocial, uso de alguns medicamentos, lipoproteína, hipertrofia ventricular esquerda”.

Silva (2005 p. 388) também cita Berenson (1998) que diz que: “há evidências de que o processo aterosclerótico inicia-se na infância, progride com a idade e exibe gravidade diretamente proporcional ao número de fatores de risco apresentados pelo indivíduo”.

Em 1876, Hammer (1970) sugeriu que a angina do peito e o infarto do miocárdio poderiam ser atribuídos à diminuição ou à interrupção do fluxo sanguíneo coronário, quando pelo menos uma das artérias do coração estivesse comprometida, permitindo uma melhor compreensão da doença arterial coronária.

As causas destas obstruções, que, conseqüentemente causam a isquemia miocárdica segundo Iglezias (1997) são: a doença arterial coronariana que é a mais comum, seguidas das menos frequentes, que são: trombos arteriais, espasmos e êmbolos coronarianos.

Segundo Fernandes (2008) a doença arterial coronariana é a maior causa de morte no Brasil e também nos países desenvolvidos, é responsável por 36% dos óbitos em pessoas com idade entre 50 e 64 anos, e 42% naquelas com idade acima de 65 anos.

A doença arterial coronariana (DAC) acontece devido a lesões na camada íntima das coronárias (podem envolver também a média e a adventícia) que evoluem com a formação de placas ateroscleróticas. Estas obstruem o fluxo sanguíneo coronariano, o que acarreta em um desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, resultando em má perfusão deste (HUUFMA, 2010, p. 1).

Os trombos arteriais, espasmos e êmbolos coronarianos também determinam uma redução do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias epicárdicas, levando igualmente ao desequilíbrio na oxigenação do tecido.

Os fatores contribuintes para Doença Coronariana segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) são: “56% colesterol alto, 49% pressão arterial sistólica suboptimal maior que 115 mmHg, 31% baixa ingestão de frutas e vegetais, 22% inatividade física”. Há ainda “os fatores de risco novos, que são: excesso de hemocistina no sangue, inflamações e coagulação sanguínea anormal”.

Essa redução do fluxo sanguíneo no músculo cardíaco pelas artérias coronárias pode ser passiva de tratamento clínico com medicamentos. Esses possuem ação no metabolismo dos lipídios, na estabilização da placa de aterosclerose e no tratamento das síndromes coronarianas agudas. Há também o tratamento por cateteres, como a angioplastia (com *stent*

convencional ou medicamentoso) ou quando nenhum dos tratamentos anteriores tenham sido efetivos ou avaliados como, realiza-se então a intervenção cirúrgica cardíaca de revascularização do miocárdio (BRICK et al, 2004).

2.2 Cirurgia cardíaca

Segundo Costa (1998) foi no século XIX que se tiveram os primeiros registros de cirurgia cardíaca no Brasil e no ano de 1905 a descrição de uma sutura cardíaca em um “estilo vivo”, sendo que em 1927 ocorreu o primeiro caso bem sucedido. Assim, iniciou o que hoje é uma das técnicas cirúrgicas mais complexas, mais estudada e mais avançada na história da saúde.

Os principais tipos de cirurgias cardíacas realizadas atualmente são as de reconstrução e reparação, mas, há também as excisões, as ablativas, as compensatórias e substitutivas. Dentre estas divisões estão às cirurgias de revascularização miocárdica (reconstrução), cirurgias das valvopatias (substitutivas) e as cirurgias de correção da estenose mitral (reparação).

Nestas intervenções cirúrgicas a equipe da cirurgia cardíaca é composta geralmente por: médico cirurgião cardíaco, médico cirurgião vascular, médico cirurgião torácico, médico anestesista, enfermeiro da circulação extracorpórea, duas técnicas de enfermagem instrumentadoras, duas técnicas de enfermagem circulantes.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias cardíacas, sendo a média por ano de 102 mil cirurgias, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Estima-se que este número esteja aumentando na atualidade. No ano de 2011, segundo Braile e Godoy (2012) foram realizadas 100 mil operações cardíacas, sendo dessas 50 mil com circulação extracorpórea (CEC) e mais da metade para revascularização miocárdica sendo realizadas por 1000 cirurgiões associados à Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular.

Para futuramente termos informações mais precisas que incluam também a mortalidade, identificando a eficácia das cirurgias cardiovasculares, em 2014 a Sociedade Brasileira de Cirurgias Cardiovasculares, lançou o estudo: “Registro Brasileiro de Cirurgias Cardiovasculares”, no intuito de traçar o perfil das cirurgias acontecidas no Brasil, sendo que as instituições que realizam estas cirurgias devem alimentar o sistema de informação da Plataforma Brasil.

A revascularização miocárdica segundo Dallan (2013, p. 138) é “o tratamento cirúrgico da doença arterial coronária provavelmente hoje se constitui no assunto mais estudado dentre todas as especialidades médicas”.

Este procedimento cirúrgico foi proposto por Vineberg em 1945, porém, a prática não se efetivou devido os resultados iniciais terem sido questionados por não visualizarem o funcionamento deste enxerto, pois, não tinham disponível um método (a angiografia) para demonstrar o funcionamento do novo conduto, então, somente após o ano de 1959 que Sones conseguiu comprovar através do cateterismo cardíaco, que a prática cirúrgica se efetivou (FERNANDES, 2008).

A escolha do conduto ideal é de suma importância para o sucesso desta intervenção cirúrgica tendo de ser levada em conta principalmente a qualidade destes condutos, que inclui a escolha de um enxerto mais saudável possível e ainda atender a necessidade de comprimento, diâmetro interno, permeabilidade, durabilidade, entre outras (BRICK et al, 2004).

Segundo Rocha (2006) a revascularização do miocárdio (RM) é “conhecida popularmente como ponte de safena, consiste em um enxerto arterial coronário usando a veia safena autógena com o objetivo de isolar o vaso obstruído e, assim, restabelecer a perfusão da artéria coronária”.

Os mais utilizados segundo Brick (2004, p.8) são: “artéria torácica interna esquerda (mamária); artéria torácica interna direita; artéria radial; artéria ulnar; artéria gastroepiplóica; artéria epigástrica inferior e veia safena magna”.

A cirurgia de RM visa então “restabelecer a oferta de sangue ao coração que apresenta uma ou mais artérias obstruídas por consequência da Doença Aterosclerótica Coronariana” (MAIA, 2012).

2.2.1 Circulação Extracorpórea

No Brasil, a primeira cirurgia cardíaca com o uso total da Circulação Extracorpórea (CEC), conforme Costa (1998) aconteceu em 12 de novembro de 1956 pelo Professor Hugo João Filipozzi. A circulação extracorpórea conhecida pela abreviação de CEC, segundo Braile (2010) criou novas possibilidades para a cura de doenças cardíacas, jamais imaginadas na primeira metade do século passado.

Esta técnica envolve principalmente: a máquina, o perfusionista e o cirurgião cardiovascular. O perfusionista é o profissional capacitado que opera a máquina de circulação extracorpórea, onde ambos buscam oferecer, segundo a Sociedade Brasileira de

Circulação Extracorpórea - SBCEC, “o suporte ou a substituição das funções cardiopulmonares ou circulatórias e assegurar o manuseio adequado das funções fisiológicas pela monitorização das variáveis necessárias”, já o cirurgião realiza as conexões das cânulas nas estruturas do coração, em extrema sincronia com o perfusionista.

Conforme a SBCEC, este profissional deve ter formação superior em uma das áreas das ciências biomédicas ou da saúde e possuir curso de pós-graduação em perfusão extracorpórea. Esta ocupação já é regulamentada, porém, os profissionais ainda lutam pelo reconhecimento desta prática como uma especialidade.

Segundo Braile (2010) o perfusionista, em particular, tem grande responsabilidade durante o procedimento cirúrgico, pois virtualmente terá em suas mãos e sob seus olhos a vida do paciente que está sendo operado.

A SBCEC aponta que esta profissão exige conhecimentos de centro cirúrgico, centro de material de esterilização, domínio da fisiologia, bioquímica, anatomia, entre outros. Talvez este fato justifique o motivo pelo qual o enfermeiro está frequentemente presente nesta ocupação.

Na circulação extracorpórea temos dois tempos à serem registrados, o de perfusão e o de clampeamento. O tempo de perfusão é o da CEC em si, também chamado somente de tempo de CEC, e o tempo de clampeamento, nada mais é que o tempo de clampeamento da aorta, alguns autores abordam por CEC e CLAMP, outros por perfusão e clampeamento e também outras variações. Mas, o que realmente importa é que fique claro que temos dois tempos diferentes, por termos duas ocasiões que são importantes para a assistência e desenvolvimento da evolução das ciências da saúde.

Braile (2010, p. 4) cita um pouco da complexidade do preparo e do trabalho executado por estes profissionais:

Para que os profissionais possam realizá-lo com segurança, devem ter conhecimentos profundos, fortemente incorporados ao seu raciocínio, de forma que as decisões sejam automáticas e imediatas. Para adquirir estas habilidades, duas premissas devem ser contempladas: conhecimentos teóricos sólidos e treinamento exaustivo em serviços que tenham condições de ensinar com competência, responsabilidade e segurança os profissionais que se dediquem às funções específicas nesta área de atuação (Braile, 2010, p. 4).

Segundo Woods (2005) citado por Torрати (2012) algumas finalidades da CEC são: propiciar um campo cirúrgico limpo, preservar as características funcionais do coração e oferecer segurança à equipe cirúrgica.

Apesar da circulação extracorpórea na cirurgia de revascularização do miocárdio representar o “padrão ouro”, atualmente esta técnica tem sido muito questionada quando

comparada a técnica cirúrgica com “o coração batendo”, ou seja, sem circulação extracorpórea. A base desta discussão está direcionada para a redução da morbimortalidade peri e pós-operatória, ao impacto financeiro da CEC e aos seus efeitos secundários, entre eles, encontram-se: formação de êmbolos e microêmbolos, resposta inflamatória sistêmica, disfunção renal, infarto do miocárdio, comprometimento neurológico, disfunção cognitiva, fibrilação atrial, entre outros (HUEB, 2013).

Para Lima et al (2003) a revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea, apresenta resultados semelhantes aos obtidos com a utilização da CEC, sendo assim, os autores acreditam que esta prática pode ser indicada para todos os pacientes que necessitam da revascularização do miocárdio, mesmo que multiarteriais.

Apesar de o procedimento sem a CEC representar uma alternativa apropriada, ainda são necessários mais estudos em pacientes idosos e/ou com complicações associadas, assim como, também demandam uma maior destreza na técnica cirúrgica, justificando resistência à incorporação desta técnica pelos centros de cirurgia cardíaca e cirurgões (HUEB, 2013).

2.3 Intervenções do enfermeiro frente ao paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio

O enfermeiro tem fundamental papel durante toda a trajetória da intervenção de revascularização do miocárdio (MAIA, 2012), ou seja, este profissional é essencial para que o processo de recuperação da saúde dos pacientes aconteça com sucesso. Ele exerce ações fundamentais no nível primário, secundário e terciário, em diversos locais, durante toda a trajetória do paciente, entre eles, as unidades básicas de saúde, as clínicas de reabilitação, os serviços de pronto atendimento, os centros de diagnósticos por imagem e os centros de intervenções minimamente invasivas e os hospitais onde são realizados estes procedimentos.

Na atenção básica é onde ocorre o acompanhamento do paciente, desde a prevenção dos fatores de riscos cardiovasculares, a identificação dos primeiros sinais e sintomas, o diagnóstico das patologias, o encaminhamento para avaliação cardiológica que culmina na necessidade da intervenção cirúrgica. É neste nível de atenção que se espera dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, maior vínculo e empatia para com os pacientes em função de sua relação mais contínua e permanente e de sua inserção na realidade de vida dos indivíduos. Desta forma esses profissionais também são fundamentais na continuidade do cuidado pós-cirúrgico. O enfermeiro é o profissional capacitado para coordenar as ações que envolvem o resgate crescente do autocuidado do paciente em busca de sua autonomia.

A relação de confiança e reconhecimento do paciente para com o profissional, quando bem estabelecida facilita o sucesso das intervenções das ações de empoderamento direcionadas ao autocuidado.

O empoderamento, segundo Kleba (2009, p. 735) “significa aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais”.

Através do empoderamento, a promoção à saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades (CARVALHO, 2008, p. 2031), ou entender a necessidade de modificações, estando empoderado de sua saúde, pois, os profissionais serão facilitadores, serão pessoas à lhe apoiar, mas, que a saúde é de cada um, bem como, o conceito de estar ou não com saúde, depende, do conceito formado por si.

Torna-se fundamental para a execução destas ações de continuidade do cuidado além do conhecimento por parte da equipe dos possíveis riscos e complicações no pós-operatório tardio também o acesso a informações detalhadas acerca do cuidado realizado na trajetória hospitalar através de uma comunicação formal.

Os profissionais da atenção hospitalar exercem suas atribuições desde o preparo para cirurgia na unidade de internação passando pelo centro cirúrgico, pela unidade de terapia intensiva, retornando a unidade de internação cirúrgica onde deve acontecer o preparo para a alta hospitalar.

É na unidade de internação, onde geralmente ocorrem os cuidados pré-operatórios, que devem ser individualizados, de acordo com as necessidades de cada paciente e sua família. Para o enfermeiro o ponto de partida para esta identificação, consiste no histórico de enfermagem, que é a primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem.

O histórico consiste em uma coleta contínua de dados, de maneira planejada e sistematizada, por meio de um roteiro, para o levantamento de dados com as informações de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, visando a monitorização de evidências que sugiram problemas de saúde e/ou fatores de risco que contribuam para o desenvolvimento dos problemas de saúde (CARPENITO-MOYET, 2007; ALFARO-LEFREVE, 2005; CARRARO, 2001; citados por CHAVES, 2009).

Um dos objetivos “é construir um banco de dados sobre as necessidades percebidas do paciente, problemas de saúde e respostas a esses problemas” (POTTER, 2005). A coleta destes dados, segundo Virgínio (2004) “é considerada fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem”- SAE.

A SAE é uma prática ou uma implantação usada para o planejamento, execução e avaliação do cuidado, muito importante no trabalho do enfermeiro. (CHAVES, 2009). Esta sistematização é um instrumento fundamental para garantir que o cuidado do paciente durante toda trajetória hospitalar tenha continuidade, contribuindo desta forma para uma assistência de enfermagem mais qualificada e resolutiva.

Segundo a Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC (2000) o enfermeiro do centro cirúrgico é responsável por garantir um ambiente seguro, confortável e limpo para a realização das operações.

O profissional enfermeiro do centro cirúrgico tem a cada dia seu papel mais ampliado, pois, necessita integrar atividades técnicas, administrativas, assistenciais, de ensino e pesquisa, além de ser facilitador das relações entre diversos profissionais e setores envolvidos no cotidiano dinâmico da unidade (FONSECA, 2009).

A capacidade de gerenciar conflitos e a sensibilidade deste profissional são qualidades almejadas no centro cirúrgico, devido ao estresse gerado por lidar-se constantemente com o risco da morte, com o medo do incerto e pelo contato direto com a família insegura neste local.

Dentre as atribuições do enfermeiro estão: preparar todos seus funcionários, organizar todos os equipamentos, a sala cirúrgica, realizar os contatos pré-cirúrgicos com os serviços de apoio. Também deve recepcionar o paciente e os familiares na chegada ao setor fornecendo as orientações oportunas para este momento, assim como, acompanhando o transporte do paciente até a unidade de terapia intensiva (UTI) onde será realizado o seu pós-operatório imediato.

O pós-operatório é marcado pela instabilidade do quadro clínico do paciente, sendo este, repleto de particularidades (DUARTE, 2012). Devido a esta complexidade o pós-operatório imediato da cirurgia cardíaca é realizado na unidade de terapia intensiva (UTI), ou seja, o paciente sai da sala cirúrgica e vai diretamente para o leito da UTI (FORTUNA, 1998).

Neste contexto, estão os profissionais da equipe de enfermagem em tempo integral e em maior número, prestando assim assistência direta ao paciente com o intuito de minimizar possíveis complicações, tais como alterações nos níveis pressóricos, arritmias e isquemias, além de manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto (DUARTE, 2012).

Para a assistência a estes pacientes o profissional enfermeiro desta unidade, seja ela, especializada ou não em cardiologia deve ter o domínio do conhecimento e das ações de enfermagem em cardiologia, como por exemplo, do eletrocardiograma, da monitorização cardíaca, de todos os traçados do monitor multiparamétricos e seu respectivo manuseio, como também, da monitorização hemodinâmica não invasiva e invasiva entre tantos outros (PALOMO, 2007).

Desta forma, embora não seja uma determinação legal, é desejável que este profissional realize curso de especialização ou aperfeiçoamento na área de cardiologia e/ou intensivismo, conforme afirma Santos (1984) citado por Martins (2006, p. 473): “[...] a constante evolução das ciências da saúde exige do enfermeiro permanente atualização e, muitas vezes, especialização, que deve ser adquirida após a formação básica”. A especialização em cardiologia proporciona aos profissionais conhecimentos profundos para melhor assistir os pacientes cardiopatas desde a prevenção até a reabilitação (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS).

Os pacientes da revascularização do miocárdio após permanecer um tempo médio de 48 horas na UTI, podem ser transferidos para a unidade de internação para a continuidade do cuidado até adquirir condições de alta (SILVA, 2013; GUIMARÃES, 2010). Nesta unidade cabe ao enfermeiro além de coordenar e realizar os cuidados, também desenvolver ações de educação em saúde, visando o preparo do paciente e da família, para a readequação das rotinas e hábitos após a alta hospitalar, auxiliando desta forma no sucesso da terapêutica e evitando possíveis reintervenções.

Para garantir a continuidade do cuidado é necessário que a equipe da unidade de internação disponibilize orientações por escrito, através de um formulário de alta voltado aos profissionais que darão continuidade ao cuidado através de informações clínicas por meio do documento formal de referência e contrarreferência.

Segundo Serra (2010) e Witt (1992) apontam que a referência consiste no encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos e a contra contrarreferência quando o usuário é encaminhado a um atendimento de menor complexidade.

Conforme o Ministério da Saúde, o sistema de referência e contrarreferência constituem-se num elemento chave da reorganização das práticas de trabalho que possibilitariam a integração das redes de saúde nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1997).

Apesar desta recomendação do Ministério da Saúde, os serviços continuam enfrentando dificuldades na comunicação formal que permitam a continuidade do cuidado dos indivíduos. Mesmo sendo esta temática muito discutida, inclusive em congressos e eventos internacionais, na prática ela ainda é pouco executada.

3 METODOLOGIA

A metodologia pode ser definida como a ciência e a arte de desencadear ações que devem ser definidas com pertinência, objetividade e fidedignidade para alcançar os objetivos propostos. Para Minayo (2014, p.57) o método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir as perguntas feitas pelo investigador.

Neste mesmo sentido, a metodologia estuda os métodos, as sistemáticas e os procedimentos para atingir objetivos ou resolver problemas (VIANNA, 2001). Para Minayo (2006), o método e a teoria são inseparáveis quando o objetivo é estudar um tema de investigação, sendo que esses elementos devem ser tratados de maneira integrada e apropriada.

3.1 Tipo de estudo

Levando em consideração a natureza do estudo, optou-se por uma metodologia de pesquisa mista, pois, este método incorpora elementos das duas abordagens, ou seja, qualitativa e quantitativa. O caráter da pesquisa é exploratório e descritivo, pois, com este espera-se ter um conhecimento mais aprofundado da história clínica do paciente que passa pela experiência da cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio.

A metodologia mista Segundo Creswell (2010) permite uma maior compreensão dos problemas de pesquisa e estes problemas de pesquisa na área da saúde e das ciências sociais são mais complexos, o que altamente indica o uso deste método.

Conforme Serrant (2015) os métodos mistos oferecem aos pesquisadores oportunidades de explorarem problemas a partir de ângulos múltiplos, abordagens quantitativas e qualitativas, fornecendo diferentes “fotografias”, ou seja, percepções, que permitem um entendimento mais completo dos problemas.

No que tange a qualitativa para Minayo (2014, p.57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Segundo Haguette (1997) o método qualitativo possibilita a compreensão dos fenômenos sociais de maneira mais aprofundada, visto que, cada um deles apresenta especificidades de origens e de razão de ser.

Atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação entre pesquisadores e atores sociais são fundamentais no desenvolvimento da investigação

qualitativa, o que possibilita a readequação dos instrumentos durante a pesquisa de campo visando às finalidades da investigação (MINAYO, 1999).

O método qualitativo vêm à agregar e a complementar o quantitativo, principalmente porque leva em conta os sentidos que os fatores e as coisas têm para os sujeitos que os vivem (HARRISON, 1947; SCHUTZ, 1964; citados por MINAYO, 2014). Leopardi (2002, p. 116) refere que “a pesquisa quantitativa tem maior poder de generalização do que a de natureza qualitativa”.

Na abordagem quantitativa analisa-se a magnitude dos fenômenos e tem-se o objetivo de trazer luz aos dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir-se modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2006).

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa quantitativa deseja garantir a objetividade e a credibilidade das descobertas, portanto, utiliza, instrumentos de coleta de dados objetivos que não colocam em risco a vida humana, pois preocupam-se com a quantificação.

Conforme Cervo (1996) o estudo exploratório descritivo permite conhecer diferentes situações do grupo de estudo, através de um planejamento flexível, que considera vários aspectos da situação, ainda dizem, que a pesquisa descritiva observa, analisa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los.

A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, este método é desenvolvido com o objetivo de proporcionar visão geral (GIL, 1999).

Conforme este autor, a pesquisa descritiva pretende caracterizar determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis, sendo que esta pode servir para proporcionar uma nova visão do problema. As pesquisas descritivas, juntamente como as exploratórias, são as que habitualmente realizam as pesquisas sociais preocupados com a atuação prática.

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado em um Hospital do interior do Rio Grande do Sul, localizado em uma cidade que está acerca de 150 km da capital do estado. Esta instituição é um hospital de ensino que conta com aproximadamente 240 leitos, trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal.

A instituição é referência para a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e para a 13ª CRS em Alta Complexidade em Traumatologia/Ortopedia e em Alta Complexidade Cardiovascular. Os municípios integrantes da 8ª CRS são: Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho. E os municípios pertencentes à 13ª CRS são: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

A cirurgia cardíaca teve início nesta instituição hospitalar acerca de quatro anos atrás, sendo que aproximadamente após um ano esta instituição conquistou o credenciamento como unidade de referência em assistência de alta complexidade cardiovascular que contempla: cardiologia clínica, cirurgias cardíacas, cirurgias vasculares e cardiologia intervencionista. Para isto foi investido mais de um milhão de reais para se adequar a estrutura, funcionários, materiais e drogas para a realização das cirurgias cardíacas, objetivando, o título de referência.

Após a obtenção deste título, todas as cirurgias cardíacas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos usuários residentes nos municípios pertencentes às coordenadorias de saúde de abrangência à referência, são realizadas na referida instituição hospitalar, contabilizando, até o momento estudado, mais de duzentos procedimentos cardiovasculares, sendo a maioria destes de revascularizações do miocárdio. O anonimato do nome da instituição hospitalar será mantido à pedido da instituição, desde o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso até possíveis publicações científicas futuras.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos participantes deste estudo são cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio.

Para participar do estudo os sujeitos seguiram os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, ter realizado a intervenção pelo SUS, residir nas cidades correspondentes a 8ª e a 13ª coordenadoria regional de saúde (CRS), ter realizado a intervenção na instituição hospitalar de origem dos dados, no período de junho de 2012 a junho de 2015. Este período, de três anos, foi escolhido devido aos dados referentes a estes procedimentos somente estarem padronizados e sistematizados a partir de junho de 2012.

Os critérios de exclusão foram os que não se enquadraram nos itens acima, como também os casos de quem não desejaram participar da pesquisa e os pacientes/clientes com dificuldade de comunicação verbal.

3.4 Aspectos éticos e técnicos

Trata-se de um estudo com seres humanos, aonde, atendemos a Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, assegurando-se aos participantes desta pesquisa, o anonimato e o sigilo.

Na realização da pesquisa quantitativa foi necessário acessar os registros hospitalares (prontuários). Para isso, o projeto, completo, aonde contém a justificativa e os objetivos do estudo, foram encaminhados para aprovação da instituição, juntamente com o protocolo padronizado de solicitação de pesquisa devidamente preenchido. Diante desta aprovação o projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob permissão nº 1191755 e CAAE 48170415.0.0000.5343.

A seleção dos sujeitos para a pesquisa qualitativa foi realizada a partir dos prontuários que participaram da etapa quantitativa. A escolha da amostra foi aleatória estratificada, a partir do perfil encontrado como também através do sucesso dos contatos telefônicos até a saturação dos dados.

A saturação dos dados é utilizada para estabelecer ou também fechar o tamanho final da amostra pesquisada, assim, interrompendo a captação de novos componentes. É quando os novos participantes da pesquisa começam a reproduzir informações, ou seja, dados para a pesquisa já retratados de maneira similar, sendo assim, não contribuindo de forma significativa para a reflexão teórica (FONTANELLA, 2008).

Nesta etapa, os indivíduos participantes foram esclarecidos sobre a proposta e objetivos do estudo, destacando que os resultados serão repassados e expostos a eles. Todo o material coletado será guardado pelo pesquisador por dois anos, para a produção de textos científicos, sendo que, após o período referido, incinerado.

Os sujeitos foram esclarecidos quanto a seus direitos e compromissos como participantes da pesquisa, deixando claro o direito de desistência do processo de pesquisa, assim como, o acesso às informações (dados) por eles fornecidos. Salienta-se que foi esclarecido aos participantes da pesquisa que o estudo não lhes causará nenhum prejuízo, seja ele físico ou moral. O local da coleta dos dados qualitativos foi previamente definido e agendado de acordo com a escolha dos sujeitos, tendo a garantia de privacidade no momento da entrevista. Após isso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

foi assinado pelos sujeitos em duas vias iguais, ficando uma via com o pesquisador e a outra em poder do pesquisado, conforme o Apêndice A.

Para a garantia da privacidade dos sujeitos da pesquisa, bem como para a preservação de seus nomes, nesta pesquisa optou-se por utilizar um número sequencial, na etapa quantitativa pela ordem das cirurgias e na qualitativa, pela ordem das entrevistas.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

A técnica para coleta de dados foi direcionada por dois instrumentos de pesquisa. Para a quantitativa, realizada de forma documental, através de dados secundários, foi direcionada por um formulário com questões fechadas que foram respondidas pelas informações contidas nos registros hospitalares (prontuários), de acordo com o Apêndice B. Na qualitativa, que aconteceu diretamente com os indivíduos sujeitos da pesquisa, utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo questões abertas e fechadas direcionadas aos sujeitos do estudo, conforme o Apêndice C. Estas entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, compondo o material de análise qualitativa da pesquisa.

Conforme Gil (2008) a entrevista é uma técnica na qual o pesquisador se apresenta frente ao sujeito e lhe questiona sobre o assunto a ser pesquisado, para assim, alcançar os objetivos da pesquisa, sendo esta uma maneira de interação social.

Já a entrevista semiestruturada é para que os indivíduos a serem entrevistados possam discorrer seus pensamentos e reflexões sobre o tema questionado. Minayo (2006) descreve que o roteiro semiestruturado deve ser desenvolvido com tópicos que permitam flexibilidade durante as conversas e a absorção de novos temas.

3.6 Tratamento e Análise dos dados

Os dados quantitativos desta pesquisa foram trabalhados através de análise estatística, aonde se desenvolveu tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas, na tentativa de delinear o perfil epidemiológico dos pacientes que revascularizaram o miocárdio. Fez-se o uso do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22, para construção do banco de dados e auxílio nas análises quantitativas.

Após o levantamento destes dados, realizou-se a segunda etapa, a qualitativa, aonde o material foi organizado e analisado, a partir da proposta metodológica da análise de temática. Conforme Bardin (1979) citado por Minayo (1999), o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura. Já a análise de temática consiste em descobrir os núcleos

de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

A análise das entrevistas dos pacientes que passaram pela intervenção de revascularização do miocárdio realizou-se através da leitura detalhada do material, sem o estabelecimento prévio de categorias. Estas tiveram origem nas respostas dos sujeitos.

Após este contato com os dados foi elaborada a discussão de dados e as considerações finais da presente pesquisa.

3.7 Divulgação da pesquisa

Primeiramente os resultados obtidos com esta pesquisa serão divulgados através da apresentação pública da monografia e examinados pela banca de professores conforme regimento do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC.

Após a aprovação, será elaborado um artigo científico para encaminhamento à revista indexada da área da saúde, para que os resultados da pesquisa repercutam e disseminem conhecimento podendo qualificar a assistência prestada aos pacientes da revascularização do miocárdio. E por fim, os resultados da pesquisa serão devolvidos à instituição de origem dos dados.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para compor os dados quantitativos fez-se a busca nos 81 prontuários eletrônicos dos pacientes submetidos a CRM no período de três anos (junho/ 2012 a junho / 2015) e para averiguar a qualidade destes dados procedeu-se uma nova busca nos prontuários físicos de todos os pacientes, exceto dos atendidos no período de junho de 2012 até dezembro de 2013 (34 pacientes) em que só foi possível acessar os prontuários eletrônicos. Nos prontuários físicos há as chamadas folhas de sala, como a de evolução intra-operatória anestésica e de enfermagem, onde constam: o tempo de cirurgia, o tempo de CEC (perfusão e clampeamento) e também há as folhas de evolução dos técnicos de enfermagem das unidades de internações, ambos preenchidos manualmente.

Em função do tempo disponível e das características deste estudo, a amostra qualitativa foi planejada inicialmente para ser composta por 12 sujeitos, passíveis de diminuição ou aumento, conforme a identificação de saturação dos dados, o que não foi necessário. Portanto, os 12 sujeitos que participaram da pesquisa qualitativa foram selecionados a partir dos 81 prontuários analisados anteriormente. Para a estratificação levou-se em consideração a distribuição das frequências de algumas características do grupo estudado na etapa quantitativa, que são:

- Município de moradia: Santa Cruz do Sul (28,4% prontuários), Cachoeira do Sul (19,8% prontuários), Venâncio Aires (12,3% prontuários) e Rio Pardo (7,4% prontuários);
- Sexo: Feminino (28,4% prontuários) e Masculino (71,6% prontuários);
- Faixa etária: menor de 50 anos (7,4% prontuários), de 51 a 60 anos (29,6% prontuários), de 61 a 70 anos (39,5% prontuários) e maiores de 71 anos (23,5% prontuários);
- Período decorrido da CRM: 22 de junho de 2012 a 21 junho de 2013 (22,2% prontuários), de 22 junho de 2013 a 21 de junho de 2014 (33,3% prontuários) e de 22 junho de 2014 a 21 junho de 2015 (44,5% prontuários).

Sendo assim, foram estratificados para a etapa qualitativa: cinco sujeitos de Santa Cruz do Sul, três de Cachoeira do Sul, dois de Venâncio Aires, dois de Rio Pardo, destes, oito homens e quatro mulheres. Quanto à faixa etária foram entrevistados dos menores de 50 anos (um sujeito), de 51 a 60 (quatro sujeitos), de 61 a 70 anos (cinco sujeitos) e maiores de 71 anos (dois sujeitos) com a idade estratificada a partir dos prontuários. Destes foram entrevistados do primeiro período (três sujeitos), do segundo (três sujeitos) e do terceiro (seis sujeitos).

Ainda buscou-se estratificar novamente quanto ao sexo, para melhor distribuição: sendo uma mulher entrevistada de cada faixa etária das quatro estipuladas, uma de cada município dos quatro mais prevalentes, uma do primeiro período, uma do segundo e duas do terceiro período que foi o de maior frequência. Quanto aos homens, seguiu-se dos mesmos critérios: três da segunda faixa etária, quatro da terceira e um da quarta faixa etária, sendo, quatro de Santa Cruz do Sul, dois de Cachoeira do Sul, um de Venâncio Aires e um de Rio Pardo, respectivamente, um do primeiro ano, três do segundo ano e quatro do terceiro ano.

Do município de Santa Cruz do Sul foram: um homem (da quarta faixa etária de idade) do terceiro período, um homem (da terceira faixa etária) do terceiro período, um homem (da terceira faixa etária) do primeiro período, um homem (da segunda faixa etária) do primeiro período e uma mulher (da primeira faixa etária) do primeiro período, fechando quatro homens e uma mulher.

Do município de Cachoeira do Sul foram: uma mulher (da quarta faixa etária) do terceiro período, um homem (da terceira faixa etária) do terceiro período e outro homem (da segunda faixa etária) do terceiro período.

Do município de Venâncio Aires foram: uma mulher (da segunda faixa etária) do segundo período e um homem (da segunda faixa etária) do terceiro período.

Do município de Rio Pardo foram: um homem (da terceira faixa etária) do segundo período e uma mulher (da terceira faixa etária) do terceiro período.

Após a estratificação, os 12 sujeitos escolhidos de forma aleatória foram consultados por telefone se aceitavam participar da pesquisa.

Em apenas dois casos foi necessário realizar-se novo sorteio, pois, no primeiro caso, a paciente selecionada havia falecido em decorrência de complicação cardíaca e no segundo caso foi referido que o paciente estava hospitalizado por comportamento agressivo iniciado após a CRM. Neste novo sorteio, novamente obedeceu-se aos critérios de estratificação e aleatoriedade.

A partir do aceite dos 12 sujeitos foi agendado local e data da entrevista, conforme disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas ocorreram nas residências dos indivíduos no período de 31 de agosto a 08 de outubro de 2015 e duraram de 20 minutos à uma hora e trinta minutos, tendo sido a entrevistadora bem recebida, em todas as situações.

4.1 Perfil sócio demográfico dos indivíduos

Para construir o perfil epidemiológico dos indivíduos que realizaram a CRM na instituição e período estudado, utilizou-se, portanto, os dados contidos nos prontuários

físicos e eletrônicos. Na Tabela 1, podem-se visualizar as principais características sociodemográficas dos sujeitos do estudo.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos indivíduos que realizaram a CRM no período de junho de 2012 a junho de 2015, na instituição. SCS, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	58	71,6%
Feminino	23	28,4%
Idade		
< 50 anos	6	7,4%
51 a 60 anos	24	29,6%
61 a 70 anos	32	39,5%
> 71 anos	19	23,5%
Estado Civil		
Solteiro/Viúvo/Divorciado	44	54,3%
Casado/União Estável	35	43,2%
IGN	2	2,5%
Cor/Raça		
Branca	76	93,8%
Negra	2	2,5%
IGN	3	3,7%
Zona de Moradia		
Urbana	63	77,8
Rural	18	22,2
Profissão		
Setor Primário (matéria prima)	2	2,5
Setor Secundário (indústria)	3	3,7
Setor Terciário (comércio e serviços)	13	16,0
Aposentado	25	30,9
Outros	30	37,0
IGN	8	9,9
Total	81	100,0

Fonte: Dados dos prontuários. IZP (2015).

Conforme se observa na Tabela 1 a população que se submeteu a cirurgia no período estudado foi majoritariamente masculina (71,6%), concordando com o estudo de Janssen (2015) que encontrou predominância de 68,5% para o sexo masculino, assim como, Bonotto (2013) em um Hospital Sul Catarinense referência em Cirurgia Cardiovascular com 59% de prevalência no sexo masculino e Tonial (2011) que em um Instituto de Cardiologia encontrou 61,5% dos pacientes submetidos a CRM do sexo masculino.

O estudo também se apresenta em conformidade com os levantamentos de Kaufman (2009) e (2011) e o de Fernandes (2009) realizado em um hospital de referência em cardiologia na capital do Rio Grande do Sul no qual, prevaleceram os homens (70,7%).

A idade média de todos os participantes da pesquisa foi de 63,6 anos, entre as mulheres foi de 65,2 e nos homens 63 anos. O participante com menor idade tinha 46 anos e o paciente mais senil tinha 80 anos de idade no momento em que foi efetuada a internação para a realização da intervenção, sendo que, a idade mínima das mulheres foi de 46 anos e a máxima de 80 e dos homens a mínima foi de 47 anos e a máxima de 79 anos.

Também é possível observar que mais da metade (63%) dos indivíduos tinham no momento da intervenção cirúrgica mais de sessenta anos de idade. Este dado concorda com o observado através do estudo de Bonotto (2013) no qual 68% dos participantes também tinham idade superior a sessenta anos. Fernandes (2009) obteve a média de idade geral de 65,3 anos, semelhante à dos indivíduos desta pesquisa.

Quanto ao estado civil da população estudada a maior parcela foi de indivíduos que vivem sem consorte: solteiros, viúvos e divorciados. Este dado chama à atenção quando comparado a outros estudos pela desconformidade, como o de Bonotto (2013) e Janssen (2015), que encontram a predominância de indivíduos em uniões estáveis.

Pode-se inferir a partir desta informação, que os indivíduos que vivem só tendem a cuidar-se menos e procurar os serviços de saúde mais tardiamente. Estudos como o de Swedberg (2005) apontam que a união estável, está relacionada à maior apoio social e emocional, um importante fator a ser considerado na perspectiva da saúde e, conseqüentemente da DAC e da recuperação pré e pós-cirúrgica.

Os dados que mostram a prevalência da cor branca e da moradia na zona urbana exemplificam as características prevalentes da população da região estudada, não significando risco aumentado nestes indivíduos.

Durante as buscas nos prontuários, inúmeras profissões foram encontradas. Para facilitar o entendimento foram agrupadas pelos setores econômicos à que pertencem, sendo que, o setor terciário (comércio e serviços) foi o mais prevalente por abranger as profissões de maior frequência no estudo, como: empresário, empregada doméstica, eletricista, corretor de imóveis, etc. Assim, demonstrando também uma característica econômica da região. Chama a atenção à proporção da descrição “outros” que pode significar que esse dado não foi perguntado ao sujeito ou, as profissões não se enquadravam nas pré-estabelecidas no sistema de internação.

A tabela abaixo pretende elucidar o perfil dos sujeitos entrevistados na etapa qualitativa.

Tabela 5. Descrição de características dos sujeitos participantes do estudo qualitativo. SCS, 2015.

Sujeitos	Sexo	Idade	Município	Zona	Tempo da CRM
S1	Feminino	65	Rio Pardo	Urbana	12 meses
S2	Masculino	65	Rio Pardo	Urbana	24 meses
S3	Masculino	74	Santa Cruz do Sul	Urbana	13 meses
S4	Masculino	67	Santa Cruz do Sul	Urbana	13 meses
S5	Masculino	67	Santa Cruz do Sul	Urbana	29 meses
S6	Masculino	61	Santa Cruz do Sul	Rural	32 meses
S7	Feminino	48	Santa Cruz do Sul	Urbana	31 meses
S8	Feminino	53	Venâncio Aires	Urbana	23 meses
S9	Masculino	60	Venâncio Aires	Urbana	3 meses
S10	Feminino	75	Cachoeira do Sul	Urbana	11 meses
S11	Masculino	66	Cachoeira do Sul	Urbana	22 meses
S12	Masculino	54	Cachoeira do Sul	Rural	7 meses

Fonte: Dados da pesquisa qualitativa. IZP (2015).

Analisando a tabela acima é possível visualizar que os sujeitos da amostra qualitativa apresentam o mesmo perfil encontrado quando analisado os 81 prontuários, confirmando o sucesso da estratificação como forma de representar qualitativamente a população estudada.

4.2 Histórias clínicas dos indivíduos

Lembrando que a história clínica de um indivíduo é construída a partir de seus relatos e de seus familiares e dos registros hospitalares sobre suas enfermidades atuais e passadas, neste capítulo serão descritos e analisados os dados encontrados nos 81 prontuários e nas 12 entrevistas, que se referiam a este aspecto de suas vidas.

Nos prontuários foram encontradas de uma a três indicações cirúrgicas por indivíduo, sendo que, 11 indivíduos apresentavam uma indicação cirúrgica, 29 tinham duas e 41 com três, totalizando 192 indicações. Entre estas, encontrou-se 83 diferentes indicações que foram agrupadas, para fins didáticos, em 14 categorias descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrições das indicações cirúrgicas encontradas nos prontuários do pacientes submetidos a CRM no período de junho de 2012 a junho de 2015. SCS, 2015.

Variável	N	%
DAC Triarterial	32	16,7
Cardiopatía Isquêmica	32	16,7
Sintomático	26	13,5
Estenose Severa de Coronárias	18	9,4
Lesão grave de ADA	17	8,9
Angina Pectoris	16	8,3
Trombose de <i>Stent</i>	10	5,2
Risco de Morte	10	5,2

Insufic. Coronariana Severa	9	4,69%
Lesão oclusiva de ADA e ACD	7	3,65%
Obstrução Severa	6	3,12%
DAC	4	2,08%
Aneurisma de Aorta	3	1,56%
Bloqueio Atrioventricular	2	1,04%

Fonte: Dados dos prontuários. IZP (2015).

Analisando a Tabela 2 observa-se uma maior frequência de indicações cirúrgicas nos indivíduos que apresentavam DAC triarterial e cardiopatia isquêmica. Segundo Leão (2011) a DAC por ser uma condição patológica das artérias coronárias (decorrente do acúmulo anormal das placas de ateroma na parede endotelial das artérias) encontra-se como a principal indicação para a CRM, por esta ser o principal tratamento utilizado para a sua correção.

Segundo Janssen (2015) como categoria diagnóstica a DAC é manifestada por angina pectoris, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita.

Neste estudo, agrupou-se o IAM (11 – 5,73%) como indicação cirúrgica (11 – 5,73%), dentro categoria “cardiopatia isquêmica” por ser uma de suas causas. Segundo o Ministério da Saúde (2010) a cardiopatia isquêmica refere-se à um transtorno da função cardíaca causado por fluxo sanguíneo insuficiente para o tecido muscular do coração.

Os valores de indicações cirúrgicas, de riscos cardiovasculares e de patologias associadas, nem sempre concordam com o número total de prontuários analisados (81) já que estas características, ou não foram citadas ou apresentaram-se mais de uma vez em cada documento.

Na coleta dos dados qualitativos foi possível observar que muitos pacientes tiveram sua indicação cirúrgica numa consulta de urgência em virtude de um mal súbito, como observa-se nas seguintes falas:

“Tudo foi muito ligeiro começou com uma falta de ar muito forte, o ar parecia não me saciar...no dia seguinte...cada vez pior...de noite começou uma dor tão forte nas minhas costas que não conseguia dormir... me levaram no PAAM...me mandaram para casa em repouso absoluto...e na segunda-feira fui pro Hospital Santa Cruz fazer o cateterismo...me mandaram embora e voltar na quinta... me operaram na sexta-feira” (S1).

“Eu sempre fui um homem de força... de repente fiquei ruim... parado eu não sentia nada, mas, se eu caminhasse meia quadra eu sentia falta de ar, começava a sufocar...me subia uma coisa que me tirava o fôlego...ai eu começava a tremer e eu não respirava direito...ai eu tinha que parar” (S3).

“Eles me levaram pro plantão e lá começaram a fazer exames, porque eu vomitava muito e gritava de dor no peito...daí eles constataram que eu estava tendo um infarto” (S7).

A avaliação pré-operatória dos fatores de risco e patologias associadas, que também são chamadas de co-morbidades, é imprescindível para que a assistência seja aperfeiçoada, pois através da identificação de fatores de risco é possível o desenvolvimento de medidas que neutralizem sua influência deletéria. Segundo Feier (2005) este procedimento tem, nos últimos 20 anos, resultado numa importante redução da morbimortalidade operatória.

Nos prontuários analisados foram descritos diversos tipos de riscos cardiovasculares e de patologias associadas conforme pode-se observar na Tabela abaixo.

Tabela 3 – Descrição dos riscos cardiovasculares e patologias associadas no pré-operatório de pacientes submetidos a CRM no período de junho de 2012 a junho de 2015. SCS, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Risco Cardiovascular		
Sim	52	64,2
Não	15	18,5
IGN	14	17,3
Tipos de Risco Cardiovascular		
Tabagismo/Ex-tabagismo	41	59,4
Obesidade/Sobrepeso	19	27,5
Etilista/Ex-Etilista	5	7,3
História de DCV na família	4	5,8
Patologias Associadas		
HAS	70	35
DAC	50	25
DLP	39	19,5
DM Tipo II	24	12
IAM prévio	7	3,5
IRC	5	2,5
DPOC	2	1,0
Hipotireoidismo	1	0,5
Arteriosclerose Sistêmica	1	0,5
AVC Prévio	1	0,5

Fonte: Dados dos prontuários. IZP (2015).

Analisando a Tabela 3, percebe-se que apesar da maioria dos pacientes submetidos à cirurgia apresentarem registro de risco cardiovascular, alguns não apresentavam nenhum risco e um número significativo não apresentavam o registro, contabilizados como ignorados. Também não foi possível elucidar no estudo, quais os critérios utilizados pelos

profissionais para definir estes riscos e se os diferentes profissionais se utilizaram dos mesmos critérios de risco nesta avaliação.

Constata-se com isso que é necessário um consenso institucional da equipe que fornece assistência a estes indivíduos, como talvez a utilização de um formulário validado cientificamente ou um protocolo, para que os critérios estejam mais claros e que se reduza à zero os casos ignorados. Também no estudo de Janssen (2015) para analisar o perfil dos pacientes submetidos à CRM, os dados pré-operatórios sobre tabagismo, etilismo e obesidade, não foram preenchidos entre 70,0% e 95,7% dos prontuários o que sugere uma elevada subnotificação. No presente estudo, a maneira como os dados estavam apresentados nos prontuários, deixaram dúvidas, por exemplo, pode ser que todos tenham sido avaliados e os que não apresentavam riscos não foram descritos desta forma e sim como ignorados.

Segundo Janssen (2015) “sabe-se que a obesidade, o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo vêm aumentando consideravelmente na sociedade, constituindo-se como fatores de risco significantes para a DAC”.

Dos tipos de risco cardiovascular citados nos prontuários observa-se que o tabagismo é o mais frequente, aparecendo em mais da metade dos casos, seguido, da obesidade e sobrepeso. No estudo de Bonotto (2013) com 98 indivíduos que realizaram CRM, 28,6% eram ex-tabagistas, 16,3% eram tabagistas ativos, 6,1% eram etilistas e 4,1% ex-etilistas.

O tabagismo também foi encontrado como um dos fatores de risco mais prevalente em um estudo com 78 pacientes que tiveram o primeiro episódio de IAM. Destes, 44, 9% eram fumantes, 21,8% eram ex-fumantes e 22,8% fumantes passivos (Colombo, 1997). Conforme o estudo de Svendsen (1987) citado por Colombo (1997) os fumantes passivos mostraram ter níveis elevados de monóxido de carbono expirado, diminuição da função pulmonar e aumento do risco de desenvolvimento da DAC.

Conforme Kaufman (2011) “tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes são os principais fatores de risco que contribuem para o aumento da incidência da doença coronariana” desta maneira aumentando a incidência de cirurgia cardíaca. Para Swedberg (2005) o etilismo e o tabagismo são os principais fatores de risco para a DAC.

Segundo Schutz (2008) o tabagismo duplica o risco de DAC e tem relação direta à intensidade do consumo, pois, os sujeitos que fumam mais de uma carteira de cigarro por dia, possuem risco cinco vezes maior de ter morte súbita do que indivíduos não fumantes.

No que diz respeito às patologias associadas percebe-se nos registros deste estudo maior prevalência de HAS (35%), seguida por DAC (25%) e por DLP (19,5%). Quanto ao

histórico de Doença Cardiovascular (DCV) na família somente em quatro prontuários houve o registro deste dado e em dois foi registrado que não havia histórico familiar. Trata-se de um dado alarmante, pois, dos 81 prontuários analisados em 75 prontuários esse dado foi ignorado ou não foi registrado no pré-operatório, confirmando desta forma a necessidade de uma padronização do registro do pré-operatório.

Durante as entrevistas, muitos foram os sujeitos que referiram possuir história familiar de doença cardiovascular, como se observa nas falas:

“A minha mãe tinha problema... morreu de infarto” (S9).

“A minha mãe... ela teve só um infarto e foi” (S7).

“Meu pai tinha problema de coração e morreu disso” (S11).

“Minha mãe morreu disso... ela estava tentando chegar no hospital, mas, não deu tempo...ela tinha a mesma idade que eu quando fiquei ruim, 64 anos” (S1).

“Meu irmão, o segundo mais velho... por enquanto os médicos disseram que não dá para operar por causa da diabetes... no cateter disse que já precisa” (S8).

Muitos destes pacientes também tinham diagnóstico de hipertensão arterial antes da cirurgia, alguns utilizando a medicação e outros com dificuldades na adesão:

“Eu sei que eu tinha pressão alta, mas, nunca tratei, até tomei por uns dias remédio, assim, por um tempo sabe, mas, não foi sempre assim como vocês mandam, mas, agora eu tomo tudo direitinho” (S2).

“Eu era hipertensa...tomava atensina, drenol e propranolol [...] eu tomava tudo que me mandavam” (S1).

“Tenho pressão alta... um tempo tinha parado de tomar os comprimidos da pressão porque inventei de plantar fumo e me aposentei e daí o dinheiro era pouco” (S4).

O cateterismo com *stent* foi registrado como realizado previamente à cirurgia em 11 (13,6%) dos 81 participantes desta pesquisa, sendo que, em 18 (22,2%) não foi realizado e em 52 (64,2%) prontuários essa informação foi ignorada. Dos 11 sujeitos que colocaram *stent*: um (10 vezes), um (três vezes), um (duas vezes) e oito pessoas (uma vez). Sendo que, apenas um homem, dos 81 indivíduos, estava realizando a CRM pela segunda vez, tendo no momento da internação para a segunda intervenção, 59 anos de idade.

Na amostra qualitativa também uma parcela muito significativa dos entrevistados relatou que se submeteu ao cateterismo antes da CRM:

“Fiz o cateterismo primeiro com a mola, mas daí o médico foi ver e eu tive que voltar e fazer a cirurgia” (S8).

“Fui pra UTI e quando dei uma melhorada coloquei o primeiro stent... aí começou...era de dois em dois meses, as vezes nem dava isso...sempre trocando que perdi as contas... sei que pra UTI fui 15 vezes...até que o médico me disse que não dava mais, precisava abrir o peito” (S7).

Quanto aos tempos vivenciados pelos pacientes no pré, trans e pós-operatório, buscou-se, com os dados disponíveis nos prontuários, quantificá-los em diferentes períodos, conforme a duração total do procedimento em foco. Para melhor entendimento e visualização, estes dados podem ser observados na Tabela abaixo.

Tabela 4 – Descrição dos Tempos obtidos nos prontuários dos pacientes submetidos a CRM no período de junho de 2012 a junho de 2015. SCS, 2015.

TEMPOS	N	%	MÍNIMO	MÉDIO	MÁXIMO
Tempo de Indicação Cirúrgica (dias)	48	59,3	1	6,4	41
Tempo de Hospitalização (dias)	74	91,4	5	11,7	33
Tempo de UTI (dias)	76	93,8	2	4,7	26
Tempo de Ventilação Mecânica (horas)	77	95,1	3	35	648
Tempo de Cirurgia (minutos)	71	87,7	65	307	480
Tempo de CEC – Perfusão (minutos)	71	87,7	33	91,0	432
Tempo de CEC – Clampeamento (minutos)	71	87,7	22	69,2	167

Fonte: Dados dos Prontuários. IZP (2015).

Apesar de não ter sido encontrado referência científica quanto ao tempo ideal entre a solicitação e a realização da cirurgia propriamente dita, acredita-se que, menos de uma semana (6,4 dias) possa ser muito exíguo para dar conta da complexidade do preparo adequado a este porte de intervenção, exceto nos casos de risco eminente de morte. A preparação precisa dar conta de aspectos clínicos, burocráticos, psicológicos, econômicos e familiares do paciente, entre outros. Importante ressaltar que o período contabilizado entre a indicação e a cirurgia nos prontuários analisados, não foi vivenciado totalmente no ambiente hospitalar, reduzindo ainda mais o tempo de contato pré-operatório dos profissionais com os indivíduos, o que pode comprometer a qualidade da preparação cirúrgica e talvez justifique a má qualidade dos dados pré-operatórios nos prontuários.

Quanto ao tempo de hospitalização os registros mostraram de 5 a 33 dias, com média de 11,7 dias, sendo que, este tempo foi maior do que encontrado no estudo de Janssen (2015) que foi de 6 a 9 dias. Acredita-se que este dado, possa sofrer interferência direta do perfil dos pacientes e da gravidade dos mesmos, variável essa que não foi possível comparar com o estudo citado acima.

O tempo máximo de CRM obtido neste estudo foi de 480 minutos, ou seja, oito horas. Já na pesquisa de Torrati (2012) o tempo máximo foi de nove horas e cinquenta minutos, porém neste caso foram computados todos os tipos de cirurgias cardíacas. Quanto às condições da equipe de permanecer por muitas horas em campo operatório, não foi encontrado estudos científicos que avaliem esta questão, mesmo sabendo-se que trabalhar por tanto tempo, sem descanso, é inevitavelmente insalubre.

O tempo máximo de CEC – perfusão, encontrado nos prontuários foi de 432 minutos. Este tempo quando comparado com o descrito por Bonotto (2013) que foi de 210 minutos, representa mais que o dobro. Esta disparidade pode ser justificada pois encontrou-se nos prontuários um caso atípico de 432 minutos, sendo que o segundo maior tempo foi de 178 minutos, abaixo do que descrito pelo autor supra citado. Em relação ao tempo máximo de clampeamento (167 minutos) também equivale a mais de duas vezes o tempo encontrado por Bonotto (80 minutos) em um Hospital Universitário do Norte do país.

Já quando comparando os tempos mínimos de CEC, Bonotto (2013) têm em seu estudo de 30 minutos de perfusão e 15 minutos de clampeamento, sendo muito próximos dos encontrados nesta pesquisa, 33 e 22 minutos respectivamente.

Hueb (2013) traz que as complicações pós-operatórias associadas à CEC têm maior incidência em pacientes submetidos a tempos de CEC superiores à 90 minutos. Já no estudo de Brito (2009) o tempo de CEC superior a 115 minutos é descrito como fator de risco para complicações pós-operatórias. . Neste estudo 32 pacientes (39,5%) tiveram tempo de CEC superior a 90 minutos e 12 pacientes (14,8%) superior a 115 minutos.

Conforme Oliveira (2012) maior tempo de CEC implica em ativação do sistema imune e liberação de mediadores inflamatórios, resultando em diversas disfunções orgânicas. Assim, quanto maior o tempo de CEC, maior a probabilidade de ocorrência de complicações pós-operatórias.

Na avaliação dos prontuários quanto às intercorrências pós-operatórias, encontrou-se 47 indivíduos (58%) que apresentaram algum tipo de complicação. Destes, 10 (12,3%) complicações foram no transoperatório, 29 (35,8%) no pós-operatório e 8 (9,9%) no trans e no pós-operatório. Ao total foram 65 complicações, pois, 10 indivíduos apresentaram mais de uma intercorrência. As principais foram: 19 (29,2%) algum tipo de arritmia, 18 (27,7%) hemorragia, 6 (9,2%) parada cardiorrespiratória (PCR), 5 (7,7%) insuficiência renal, 3 (4,6%) derrame pleural, 3 (4,6%) complicações infecciosas e outras 11 (16,9%).

Torrati (2012) encontrou intercorrências semelhantes à do presente estudo, como: arritmias e hemorragia, mas, selecionou como as três principais: dor, oligúria e hiperglicemia, que não apareceram neste estudo, pois, a autora em sua prática clínica percebeu que estes eventos são entendidos pela equipe que assiste como eventos adversos esperados neste tipo de pós-operatório e, portanto, não registrados. Já no estudo de Fernandes (2009) foram avaliados somente as complicações pós-operatórias e estas ocorreram em 48,3% dos pacientes, sendo, semelhante ao percentual encontrado no atual estudo (35,8% + 9,9% = 45,7%).

Finalizando, encontrou-se nos prontuários estudados, como perfil de risco cardiovascular e patologias associadas na avaliação pré-cirúrgica, as seguintes características: 59,4% tabagistas e ex-tabagistas, 35% hipertensos, 27,5% sobrepeso/obesidade, 19,5% dislipidêmicos, 13,6% com angioplastia coronária prévia. 12% diabéticos, 5,8% com história familiar para doença cardiovascular, 2,5% insuficiência renal crônica e 0,5% com arteriosclerose sistêmica. Já Tonial (2011), estudando 79 pacientes submetidos à CRM em um Instituto de Cardiologia, encontrou 88% hipertensos, 54,7% dislipidêmicos, 36% diabéticos, 33% com história familiar positiva para doença arterial coronariana, 31,6% com angioplastia coronária prévia, 30,7% tabagistas, 12% com doença arterial periférica, e 9,3% com doença renal crônica. Também Fernandes (2009) que estudou 58 pacientes submetidos à CRM na capital do estado, encontrou que a maioria apresentou sobrepeso/obesidade e também fatores de risco clássicos para a cardiopatia isquêmica, como HAS(86,2%), diabetes (36,2%) e dislipidemia (60,3%).

Comparando os perfis descritos acima se percebe que apenas o tabagismo é mais prevalente na população deste estudo, o que provavelmente se deve a uma característica cultural e social da região onde ocorreu a pesquisa, que baseia sua economia na plantação e manufatura do tabaco. As demais patologias associadas e fatores de risco apresentam-se em menor frequência na população estudada quando comparadas com as outras, o que pode indicar que esta população realmente apresenta menos risco cardiovascular ou novamente pode exemplificar a má qualidade nos registros hospitalares.

4.4 Atenção ao paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio

Entende-se que a atenção ao paciente de revascularização do miocárdio é complexa, altamente especializada e por isso necessita de serviços e profissionais capacitados e motivados para dar conta da implantação desta transformação, que na realidade estudada ainda é bastante recente, ocorrendo há apenas três anos.

Estas modificações envolvem a readequação tanto dos profissionais como dos serviços, no que diz respeito às especificidades destes pacientes desde o primeiro atendimento para o encaminhamento inicial até a retomada de sua autonomia cotidiana com a melhor qualidade de vida possível. Por isso, todo o sistema de saúde deve ser envolvido nesta adequação deste o nível macro (Regionais e Secretarias de Saúde) até o nível o micro (atenção primária, secundária e terciária).

Este estudo teve maior enfoque na atenção hospitalar, por acreditar-se que neste espaço o paciente vivencia o período mais crítico do percurso. Abordar-se-á abaixo

considerações sobre o relato dos sujeitos e os registros em prontuários do período vivenciado por eles na instituição hospitalar.

4.4.1 No período pré-operatório

Apesar dos inúmeros avanços tanto na área cirúrgica como na anestésica, ocorridos nas últimas décadas, ainda perdura entre a população um grande temor em relação a este procedimento, pois, envolve um órgão considerado nobre, o coração. Em função disto, os participantes desta pesquisa foram questionados sobre como enfrentaram este momento. Abaixo se pode avaliar suas percepções através das falas:

“Eu não senti medo, fui tranquila, fui conversando com as pessoas conforme conta minha filha, porque eu não lembro de muita coisa[...] eu tive muita fé [...] não pensei em nenhum momento que iam me abrir que iam colocar veia nova no meu coração [...]” (S1).

“Eu estava muito tranquilo, porque as pessoas lá do hospital são muitas boas, me deixavam mais tranquilo ainda do que eu já estava” (S2).

“Eu fiquei um pouco nervoso, mas depois, no dia que eu fui para o hospital pra fazer a cirurgia, parece que me deram alguma coisa pra eu tomar, eu não entendi isso [...] porque daí eu fiquei tranquilo, tranquilo, sem nem pensar o que vai ser, o que vai acontecer e o que pode acontecer [...] eu estava numa tranquilidade só lá no hospital” (S5).

“Eu me apavorei, porque eu já tinha medo de operação [...] que susto... Eu nunca tinha nem baixado hospital antes [...] ia ao hospital só pra visitar os outros, mas, foi tranquilo, não posso me queixar de nada [...]” (S6).

É possível verificar que apesar de alguns estarem previamente temerosos à cirurgia, a maneira pela qual foram preparados pelos profissionais do hospital foi tranquilizadora. Dois sujeitos relatam não se lembrar deste período, acredita-se que isso se deu, em função da utilização de medicação pré-anestésica.

Encontramos no relato do S6 um possível cuidado personalizado voltado para as características apresentadas pelo paciente (medo):

“É pra mim eles não falaram que era uma operação de risco, o que tinha que se cuidar depois, eles falaram foi pra mulher, porque se falassem pra mim, aí sim a coisa complicava, eu já estava com medo né?(S6)”

O entrevistado (S4) que iria realizar a cirurgia e a esposa faleceu de IAM poucos dias antes, o preparo cirúrgico pareceu-nos diferenciado, talvez em função do luto. O paciente permaneceu internado previamente a cirurgia por oito dias, no mesmo quarto de outro paciente que já havia sido submetido a esta cirurgia, o que talvez tenha auxiliado no seu preparo pré-operatório.

Quando perguntados sobre a atuação dos profissionais neste momento, a maioria elogiou tanto a equipe de enfermagem como médica, como se pode perceber a seguir.

“Eu era mais bem cuidado do que estivesse sendo cuidado pelos filhos, pela família [...] aquelas enfermeiras que atendem de branco sempre estavam na minha cama e aqueles médicos também, tinha aquelas enfermeiras chefe que eram preocupas me perguntando no que eu sentia e o que eu achava das coisas” (S2).

“Tudo o que eu perguntava e falava pras enfermeiras elas conversavam comigo e eu pedia pra chamarem a chefe e elas viam e me explicavam tudo, a enfermeira chefe me esclarecia tudo pra eu entender” (S12).

Apesar dos pacientes relatarem que foram bem orientados no pré-operatório quando analisado aos registros do pré-operatório nos 81 prontuários, encontrou-se somente o registro em 77 prontuários e em quatro este não foi realizado por nenhum profissional. Os registros nos 77 prontuários foram realizados por um ou mais profissionais de saúde, sendo que, a maior parte foi realizada por 3 profissionais concomitantes: enfermeiro, médico cardiologista e médico anestesista. Salienta-se também que cinco pré-operatórios foram realizados (registrados) somente pelo profissional enfermeiro e 10 somente pelo médico cardiologista. O profissional enfermeiro totalizou, ou seja, realizou/registrou sozinho e também com demais profissionais o preparo pré-operatório de 37 indivíduos (45,7%) dos 81 atendidos.

Não foi questionado sobre a percepção dos pacientes no período trans operatório, por entender-se que neste período o paciente encontra-se sobre efeitos de sedativos e anestésicos. Mas, um dos pacientes referiu que a família teve um bom suporte pela equipe neste período:

“As enfermeiras avisavam de hora em hora sobre como estava à cirurgia” (S1).

Importante ressaltar que dos 81 casos estudados em todos foram realizadas as intervenções com circulação extracorpórea. Oliveira (2012) descreve em seu estudo que a chance de um indivíduo falecer foi 2,19 vezes superior nos indivíduos submetidos ao procedimento com circulação extracorpórea quando comparados com os que não foram submetidos a esse procedimento.

4.4.2 No pós-operatório

A totalidade dos pacientes retomou a consciência na UTI. Conforme rotina da instituição os pacientes são deslocados do centro cirúrgicos para a UTI ainda sedados e intubados. Sobre o período vivenciado na UTI, seguem os relatos:

“Me lembro quando eu me acordei estava tudo escuro e quando fui despertando era um nevoeiro branco ao abrir os olhos [...] depois eles me amarraram era preciso eu tinha três ou quatro drenos, eu acho que poderia arrancar [...] estava

doendo tudo, eu estava fraco, não podia nem levantar a cabeça. Ficar deitado de costas tantos dias, que dor, que desconforto. Cruzes como sofri” (S9).

“Na UTI elas chamavam a família e contavam o que estava acontecendo e o que seria feito, o que esperavam de mim” (S1).

“Foi tudo bem na UTI. A minha única dificuldade era ficar deitado de costas, a enfermeira me xingava que não podia deitar de lado, tinha que ficar de costas” (S4).

“Na UTI tem aquelas coisas, que fazem parte, incomodam um pouco, se eu suspirava, bocejava, já vinha tudo naquele computador em cima de mim” (S2).

Quanto à paciente mais idosa (S10), apesar de referir que foi bem atendida, relata diversas complicações pós-operatórias como:

“[...] eu fiquei com as pernas frouxas e deu derramamento nas minhas vistas da cirurgia e pra mim eles não falaram nada. [...] na UTI passei trabalho, passei muito frio, que peguei um resfriado triste, que fiquei me urinando e usando calça matéria. O que me incomoda agora é as pernas, custou tanto pra fechar, era um buraco feio [...] eu rejeitei os grampos da cirurgia, eles disseram que era pra tirar, mas, agora eu não quero mais, porque agora cicatrizou [...] As minhas costas ficaram avermelhadas, saiu o couro, mas, não abriu ferida e acima do bumbum também aconteceu isso” (S10).

As complicações apresentadas por esta paciente podem ter influência da sua idade elevada e de patologias prévias, mas chama atenção, pois traz consigo diversas queixas em relação aos cuidados na UTI também apresentados por outro paciente (S5).

“Depois que eu acordei, tomei consciência foi tranquilo. No dia que eu ia pro quarto não tinha leito e no dia seguinte me deixaram pronto na poltrona às 9 horas e me deixaram lá até quase às 17 horas [...] Eu estava meio assim, porque todo esse tempo eu estava fraco da cirurgia e sentado por muito tempo, porque eu estava com aqueles troços tudo dependurado, colado em mim e eu não conseguia me mexer e me ajeitar, me virar sei lá e eu fui ficando com medo que eles fossem me deixar a noite toda sentado lá e já começou a me passar pela cabeça e já comecei a ficar ruim. Depois quando foram me buscar eles foram correndo que tive que me segurar pra não cair, tive muita dor e medo[...] quando cheguei no quarto cheguei mal de tanta dor e pedi pra filha procurar por um médico, porque achei que iria me dar uma coisa” (S5).

No que diz respeito à assistência de enfermagem pode-se destacar: o tempo em que o paciente permaneceu sentado na poltrona, à queixa de ter passado muito frio no leito e a lesão nas costas. Os episódios de descontentamento foram relatados em dois casos dos doze entrevistados, o que deve ser levado em consideração quando se pensa em melhorar a qualidade da assistência, mesmo que em algum destes episódios o fator emocional possa estar associado.

No que tange a qualidade da assistência, os estudos mostram que em alguns centros de referência em cirurgia cardíaca, os pacientes recuperam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológicas, o que permite um cuidado ainda mais especializado e que conforme a demanda se torna estritamente necessários, pois, trata-se de um usuário que

possui alta dependência dos serviços de enfermagem e médica, assim como, dos serviços de fisioterapia e de nutrição, também atentos à especificidade deste público. A complexidade não está somente relacionada ao paciente, mas também aos aparelhos altamente tecnológicos, necessários nesta assistência, que vêm ao longo dos anos numa constante evolução, cada vez mais aprimorados, que buscam então, por meio destes aparelhos, preservar e manter a vida através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exige e justifica novamente dos profissionais serem especializados e capacitados (NASCIMENTO, 2006). Em uma UTI geral estes pacientes também podem ser assistidos, porém, o que causa uma limitação quanto ao quantitativo de leitos, de recursos humanos (profissionais capacitados a atender o público) e por vezes físico-tecnológicos (respiradores, Balão Intra Aórtico – BIA, etc.), pois, a sobrevivência deste paciente está diretamente ligada ao conhecimento/domínio da complexidade por todos os que lhe assistem e dos recursos tecnológicos disponíveis.

Sabe-se que a assistência da equipe de enfermagem é imprescindível frente a estes usuários e que o profissional enfermeiro tem fundamental ação a realizar: cuidar de maneira integral do paciente e integrar os profissionais que o assistem. Esta integração é um dos nossos desafios diários, frente a cuidados e profissionais tão especializados, por vezes com visões restritas ao problema e a sobrevivência, que deixam de lado a integralidade dos sujeitos. Para isto, o enfermeiro deve utilizar-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para fornecer um cuidado sistematizado, individualizado, planejado e assim detectar as necessidades do indivíduo, subsidiando discussões sobre a terapêutica com a equipe multiprofissional.

Conforme Nascimento (2008) “a sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado”.

A SAE emergiu no serviço de enfermagem hospitalar com a finalidade de organizar o serviço e garantir a autonomia do profissional enfermeiro (Horta, 1979).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2009) descreve as etapas do processo de enfermagem em cinco, sendo estas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, e avaliação. A evolução de enfermagem segundo o COFEN (2009) “é a quinta etapa do processo” [...] e trata-se do registro realizado após a avaliação do paciente, também chamada de avaliação, na qual permite um planejamento adequado da assistência que será oferecida, bem como os resultados das ações implementadas.

A SAE foi realizada em quase a totalidade dos pacientes, exceto a um paciente, pois, este foi a óbito no momento da intervenção cirúrgica e o seu pré-operatório foi realizado somente pelo médico cardiologista, ou seja, não foi encontrado registros da sistematização de enfermagem para este indivíduo. Nos demais 80 sujeitos a sistematização foi realizada em quase todas as suas etapas, exceto, o diagnóstico de enfermagem, que não foi realizado em nenhum dos casos, pois, este ainda não se faz implementado nesta instituição e em três casos foi realizado apenas o histórico e as evoluções de enfermagem.

4.4.3 No preparo para alta hospitalar

O preparo para alta deve iniciar-se no pré-operatório e encerrar no momento da alta propriamente dita. Isto se dá através de ações de educação em saúde dos diversos profissionais envolvidos, em que se incentiva o paciente a autonomia dos cuidados e a incorporação de hábitos saudáveis e de ações de investigação na qual se busca compreender o entendimento dos sujeitos.

Conforme Ganzella (2008) a alta hospitalar (AH) é a transferência da responsabilidade do cuidado do indivíduo oriundo do ambiente hospitalar para outros contextos de saúde. Segundo Huber (2003) citado por Ganzella (2008) “no hospital, o médico é o responsável legal pela AH do paciente, mas o enfermeiro é considerado o coordenador do seu planejamento, por atuar de forma integral com o paciente, enquanto os demais membros da equipe de saúde oferecem intervenções episódicas”.

Dos 81 prontuários analisados em 68 (84%) encontrou-se o documento de nota de alta e em 13 (16%) este documento não se apresentava devido á ocorrência do óbito dos pacientes durante esta internação. Em 91,4% das notas de alta encontradas não havia registro de orientações voltadas à continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar e em 84% delas as descrições eram sucintas como: “alta melhorada”, relatos da intervenção cirúrgica. Estas foram realizadas no sistema eletrônico em 94,1% dos casos pelo cirurgião, 5,9% pelo cardiologista e nenhum pelo enfermeiro.

Nos 8,6% prontuários em que as orientações foram registradas, 57,1% foram realizadas pelo cirurgião, 28,6% pelo cardiologista e 14,3% pelo enfermeiro.

Conforme Marra (1989) “todo paciente, ao receber a alta hospitalar, deverá receber uma orientação para continuidade do seu tratamento, que seja individualizada e perfeitamente compreensível por ele e seus familiares”.

Na análise qualitativa, no relato de S7 não fica claro como se deu a orientação de alta para família e se os profissionais da instituição hospitalar preparam a família para o cuidado domiciliar ou se os familiares/acompanhantes/cuidadores somente aprendem observando-os:

“Na alta eu pensava se será que as minhas filhas saberiam cuidar de mim, como eu estava sendo cuidada... mas, foi só isso, porque o tempo que elas ficaram lá me cuidando elas iam vendo e aprendendo” (S7).

Já nos relatos de S11 e S2 ficou mais evidente a realização das orientações para a alta, apesar dos indivíduos demonstrarem receio de retornar ao domicílio.

“Foi bom quando tive a notícia da alta [...] um dia antes eu perguntei pra enfermeira chefe se sabia quando eu teria alta e ela disse que estaria mais perto do que eu imaginava e conversou comigo como seria e o que eu deveria cuidar, contou com tempo tudo o que nós tínhamos que fazer, mas, durante estes dias, as pessoas que passavam no quarto também viam me ensinando como eu deveria me cuidar [...] tive um pouco medo, porque lá eu tinha remédio e as doenças estavam tudo cuidadas, controlada” (S11).

“Eu estava com muita vontade de vir pra casa [...] me senti preparado, mas com um pouquinho de medo, porque o recurso era lá [...] mas, fiquei tranquilo com o que o doutor e a enfermeira chefe me disseram” (S2).

No relato de S12, observa-se uma percepção diferente. Este paciente, na avaliação da entrevistadora demonstrou durante a visita, atitude mais positiva e autônoma frente à vida, mantendo-se ativo e encarando com naturalidade o processo cirúrgico vivenciado, conforme se observa no relato abaixo:

“Os médicos, as enfermeiras e o pessoal da fisioterapia me explicavam tudo durante a internação para a alta, todas as vezes que conversávamos e perguntavam minhas dúvidas, tinha até uma enfermeira, aquelas enfermeiras mesmo, que me testava eu acho... me fazia muitas perguntas, mas, quando fui me fazer estas perguntas em casa, sabia e me lembrava dela” (S12).

O que hoje chamamos de registro de alta, nota de alta, Pateman citado por Pompeo (2007) denominava já em 1995, como sumário. Este documento deveria ser emitido em duas vias, sendo uma entregue ao paciente e a outra permanecendo no prontuário. Tinha como objetivo auxiliar na alta de enfermagem: “um sumário de alta pode ser preparado pelo enfermeiro, contendo um resumo conciso e instrutivo sobre as condições do paciente, com ênfase na aprendizagem prévia do mesmo e da família.” Também neste documento o autor sugeriu que fossem descritas as orientações para as condutas no domicílio que possam auxiliá-los como guia ou lembrete dos cuidados, além de ser um registro legal da atividade profissional.

Magalhães (2009) registra que a deficiência de comunicação quanto ao autocuidado e a falta das informações nos documentos de alta podem aumentar a ansiedade dos pacientes

e de suas famílias quando se aproxima o momento da alta. Isto pode provocar retornos frequentes ao hospital e insegurança frente aos cuidados domiciliares.

Observa-se neste estudo, sentimento ambíguo dos pacientes quanto ao momento da alta. Conforme Marra (1989) isto pode ocorrer em função da “satisfação por estar recuperado e voltando para casa, e medo por sentir-se inseguro sem a presença da equipe médica e de enfermagem. Quanto maior for o grau de dependência dos cuidados, maiores são os receios que os afligem”.

“Foi bom, se eu estivesse que ficar mais eu ficava, se fosse liberado também era bom, mas, levei duas semanas depois da cirurgia pra conseguir estar pronto pra alta, porque estava muito fraco [...] os médicos iam diversas vezes lá me falar, principalmente o que eu não posso fazer, tudo que tinha que ser feito comigo e os cuidados que tinham que ter e eu segui a risca correto o que os médicos me diziam” (S3)

“Eu me senti muito ruim na hora da alta, porque eles me deram esses remédios pra diabetes pra tomar como eu ia tomar em casa, era antes do café, eu comia e me fazia mal, não podia comer nada, porque vomitava muito e não conseguia comer nada muitas vezes [...] tinha comida boa, todas às vezes e nem podia comer, daí depois colocaram pra depois do café e melhorou, pra depois das refeições [...] e primeiro eu tive medo de vir pra casa, mas, pensei que ficar no hospital seria quase a mesma coisa e eu moro sozinho, mas, fui pra casa da filha” (S9).

Para o paciente S4 o momento da alta foi muito doloroso, pois, além de precisar enfrentar o pós-operatório também teve de encarar a ausência da esposa que havia falecido recentemente:

“Foi difícil à alta, às vezes eu chorava, por que eu sou assim, muito chorão e porque a esposa tinha recém falecido e já me internaram do hospital, daí o voltar pra casa foi muito difícil [...] lá eu tinha os colegas de quarto, as enfermeiras, os médicos e em casa eu sabia que ia sentir muito” (S4).

Nos relatos de S8, S5 e S12 o retorno ao domicílio foi muito esperado e transparecendo segurança e tranquilidade quanto a este momento:

“Me senti muito feliz com a notícia da alta, nossa” (S8).

“Mas, a notícia da alta foi uma alegria muito grande [...] barbaridade muito faceiro [...] Não tive medo nenhum de vir pra casa [...] eu não sei te dizer o que houve que eu tive essa tranquilidade no momento ali pertinho de antes da cirurgia e depois, mas, estive muito calmo” (S5).

“Foi muito bom à hora da alta, já estava a tempo no hospital... você imagina se ficar um dia no hospital já é ruim, imagina mais de uma semana [...] tu tem vontade de sair correndo quando te falam da possibilidade de alta e eu já me sentia muito bem” (S12).

“Foi muito bom o momento da alta, eu estava louco, louco para ir embora. Não tinha medo nenhum de ir pra casa” (S6).

Em relação ao retorno à residência os sujeitos submetidos à CRM também deveriam sair com um “encaminhamento” para a continuidade do cuidado, ou seja, como se trata de

um serviço de referência em cirurgia cardiovascular (alta complexidade) os usuários devem ter as suas “contrarreferências” aos serviços de origem, ou ao serviço de saúde mais próximo à sua casa (à qual pertence) ou aos serviços/profissionais que irão lhe acompanhar. Este documento deve ser preenchido e encaminhado ao serviço/local previamente definido, como também os sujeitos devem estar orientados sobre os fluxos, com o objetivo de garantir a continuidade e a qualidade do atendimento.

Magalhães (2009) refere que a transferência como a contrarreferência trata-se de um documento padronizado, aonde deve contar o resumo da história clínica e do exame físico, relato sumário de procedimentos, exames complementares realizados e hipóteses de diagnóstico ou diagnóstico, fornecidos aos pacientes para encaminhá-los a médicos da mesma ou de outras instituições ou aos serviços de ambos os níveis. Quanto às vias, a segunda via deve ser guardada no prontuário da instituição de origem, e a primeira, no prontuário da instituição ou da clínica a que o paciente foi encaminhado.

Na análise da pesquisa quantitativa, percebeu-se que na maioria dos prontuários houve falha na continuidade do cuidado pela ausência dos registros, como: a evolução no período da recuperação pós-intervenção, cuidados domiciliares e encaminhamentos para a rede básica de saúde. Porém, através das entrevistas observou-se satisfação dos usuários com as orientações de enfermagem prestadas para a continuidade do cuidado e inclusive foi referido por um sujeito que a equipe do hospital fez contato prévio com a rede básica de saúde, que segue abaixo o relato:

“A enfermeira e a fisio ligaram pro meu posto, inclusive falaram com meu agente de saúde do posto e passaram tudo o que aconteceu lá” (S1).

Avaliando o documento de alta encontrou-se que 98,5% dos pacientes foram encaminhados para atenção secundária e 1,5% não possuía encaminhamento, apesar de ter nota de alta. Dos encaminhados 80,6% foram referenciados para o Ambulatório de Cirurgia Cardíaca da própria instituição e 19,4% para cardiologistas clínicos.

Percebe-se que não houve registro de encaminhamentos do nível hospitalar para a atenção primária, sugerindo inexistência de fluxos definidos, conforme observa-se no relato abaixo:

“Tudo foi muito tranquilo em casa, só demorei um pouco mais pra vir porque meu sangue sempre ficava mais grosso do que era pra estar, daí eles me falaram pra ficar atenta, se ficar ruim procurar o serviço lá ou o pronto atendimento daqui” (S2).

A Referência e Contrarreferência são definidas como o “modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação

de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários” (BRASIL, 2011). Ou seja, a referência e contra referência são documentos para informar o que se passa ou o que se passou e realizar uma comunicação (por escrita) do caso para a continuidade do cuidado, de preferência, para a atenção primária ou então a secundária, etc.

O sistema de referência e contrarreferência constituem-se na articulação entre as unidades de saúde (primárias, secundárias e terciárias), sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor (atenção básica) para o de maior complexidade (clínicas especializadas, hospitais). Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior (hospitais, “serviço de cardiologia”) para o de menor complexidade (postos de saúde, estratégias de saúde da família, etc.) (WITT, 1992).

4.4 No pós-operatório no domicílio

A maioria dos sujeitos entrevistados, quando questionados sobre sua adaptação no domicílio após a alta hospitalar referiu pequenas queixas, como: desconforto, dificuldade para dormir, insegurança e medo.

“Não tive dificuldade em casa, só o desconforto pra dormir, bem como eles me disseram” (S2).

“Não tive medo de jeito nenhum de estar em casa, não sei se era porque eu não entendia bem o tamanho da gravidade que era, mas, todos aqui em casa estávamos muito tranquilos, inclusive na troca dos curativos fomos bem orientados pelas enfermeiras [...] tudo foi tranquilo, os dois meses dormindo de peito pra cima logo passaram” (S5).

“Tive dificuldade com o desconforto menina, por causa do grande corte do peito [...] e quando eu já estava em casa, a gente sente um medo de machucar aqui e ter que passar pela cirurgia de novo” (S12).

“Em casa pra mim foi tudo normal, eu tava acostumado, eu me sentia em casa, à vontade sabe. Isso me ajudou também, embora eu sofresse com a doença, mas o ambiente me ajudava” (S3).

“Eu não tinha medo quando em casa, só o que ficava meio assim é que a filha pegava o carro e ia pra faculdade e eu ficava sem condução aqui no interior” (S6).

“Em casa eu só tive dificuldade pra dormir e pra caminhar, o resto foi tranquilo [...] estava fraco e não queria ficar muito deitado” (S11).

Em dois relatos foram encontrado queixas mais significativas que demonstram, ainda mais, a necessidade de avaliação e acompanhamento destes indivíduos, para além da especialidade cardiológica, ou seja, de uma atenção voltada ao cuidado integral, que pode ser vislumbrado nas falas abaixo:

“Queria vir pra casa, mas, estava sem caminhar, mas, queria vir ao mesmo tempo porque eu estava muito magra e em casa é melhor, como as coisas do meu jeito e as feridas eu queria colocar remédio porque lá elas só lavavam e eu estava quase perdendo minha perna” (S10).

“Em casa foi tudo se ajeitando, só quando cheguei em casa, não conseguia dormir e me deu depressão [...] fiquei muito triste [...] porque eu fiquei dependente de tudo dos outros e ainda dependo e sempre fui uma pessoa que nunca precisei, pelo contrário, sempre cuidei deles [...] desde me levantar da cadeira até ir no banheiro eu preciso de ajuda” (S7).

Segundo Costa (2004), embora a integração entre os diversos níveis e instituições de atenção à saúde resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. A integralidade deve pautar desde a formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passando pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

Cecílio (2001) refere que, juntamente com a equidade, a integralidade constitui-se no objetivo da atenção à saúde, por si só. Para o autor, a discussão sobre a integralidade diz respeito ao campo da micropolítica de saúde, suas articulações, fluxos e circuitos. É necessário, portanto, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. Reconhecer que as necessidades em saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual, é fundamental.

A proposta elaborada por Camargo (2003, p.40) é da integralidade como um valor que “não deva ser transformada em um conceito, mas um ideal regulador, um devir. [...] impossível de ser plenamente atingida, mas da qual, constantemente, buscamos nos aproximar. [...] ao mesmo tempo inalcançável e indispensável.”

Desta forma, o serviço de alta complexidade estudado, como parte da rede de serviços de saúde, necessita também se integrar aos demais níveis de assistência à saúde. Na portaria editada pelo Ministério da Saúde consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde: "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (Brasil, 2010).

Percebe-se na fala de S10, que apresentou diversas queixas de intercorrências pós-cirúrgicas, a descontinuidade de seu cuidado na atenção primária, apesar de ser cadastrada a uma unidade de saúde da família, próxima à sua residência:

“Eu tenho posto de saúde aqui perto... só não vou porque é nesta subida aqui em cima e eu não posso, não consigo por causa das pernas [...] a filha que vai lá quando preciso de alguma coisa... a agente de saúde veio uma vez só aqui depois

da cirurgia e isso faz uns dois meses, mais ninguém veio aqui em casa, só ela mesmo [...] daí se eu preciso eu junto uns troquinho e pego um taxi e vou até lá [...] eu tive sorte lá no hospital, porque, eles levam e me buscam em casa” (S10).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária à saúde é o primeiro contato da assistência que deve ser continuada, centrada na pessoa, de forma a satisfazer a maioria de suas necessidades de saúde, só encaminhando os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A atenção primária à saúde coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. A autora sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Apesar da falta de continuidade e integralidade no cuidado destes pacientes após a alta hospitalar, somente dois pacientes, dos 12 entrevistados referiram piora de seu estado geral após a cirurgia, como observa-se abaixo:

“Me sinto pior depois disso tudo, pior, mas, faço de tudo...eu vivo muito cansada, ansiosa e não consigo dormir de luz apagada” (S1).

“Eu não melhorei, eu continuo desse jeito, parece que cada vez aparecendo mais coisa, mas, viva. Agora começamos a adaptar as coisas pra esse meu jeito” (S7).

No entanto, a maioria dos pacientes entrevistados referiu melhora após a intervenção, apesar de a entrevistadora ter observado durante as visitas, um elevado grau de dependência destes, em relação aos seus familiares. Abaixo alguns dos relatos:

“Eu me sinto bem melhor, até mesmo como eu era antes da cirurgia, antes da doença, me sinto como eu era antes, sadio” (S2).

“Me sinto muito melhor com certeza, eles não ajeitaram só o coração, eles arrumaram a diabetes, o tratamento do rim e cuidaram de tudo da minha saúde, agora, graças a Deus, aos médicos, as enfermeiras e as terapeutas, todo mundo que me atendeu lá no hospital, eu estou vivo e bem hoje” (S11).

“Eu simplesmente me sinto normal, normal como eu era antes de adoecer, não sinto nada me incomodando é tudo normal” (S6).

A maioria dos entrevistados referiu grande satisfação acerca do atendimento recebido na instituição hospitalar, como se vê nas falas:

“Lá é maravilhoso, minha família toda fala muito bem de lá [...] O que mais me marcou é que nunca corremos atrás do médico, ele sempre me chamava sorrindo e a minha família, sempre dando notícias a eles e eu era SUS moça” (S1).

“Dá quase pra sentir saudade do hospital, só não porque o problema de saúde era importante. Se eu precisasse e pudesse escolher quando adoecesse ia lá” (S2).

“Minhas filhas e meu marido choram quando falam do atendimento das enfermeiras, era maravilhoso” (S1).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos resultados desta pesquisa foi possível identificar o perfil epidemiológico e a história clínica dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no serviço de alta complexidade cardiovascular, criado há três anos, no hospital do estudo. O perfil encontrado a partir da consulta nos 81 prontuários dos pacientes submetidos à cirurgia, no período estudado, mostrou que a maioria são homens, com mais de 60 anos, que vivem sem companheiro (a), de cor branca, moradores em área urbana, aposentados e trabalhadores do setor terciário da economia. A predominância de homens acima de 60 anos, concorda com outros estudos sobre este mesmo público, realizados no Brasil. As outras características encontradas nas variáveis: cor, moradia e profissão/ocupação concordam com as características da maioria da população regional atendida no serviço.

Quanto à história clínica encontrou-se que a maioria dos indivíduos possuía três indicações cirúrgicas no prontuário, sendo as de maior ocorrência: doença arterial coronariana, cardiopatia isquêmica e “sintomático”. Os fatores de riscos cardiovasculares encontrados na maioria dos indivíduos foram: tabagismo/ex-tabagismo e obesidade, sendo estes, fatores modificáveis conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia. As patologias pré-cirúrgicas registradas na maioria dos prontuários, as quais, sabidamente aumentam o risco cardiovascular e a necessidade de revascularização do miocárdio, foram: hipertensão arterial, doença arterial coronariana, dislipidemia e diabetes mellitus tipo II, também passíveis de prevenção e posteriormente tratamento e controle. Nestes aspectos, o perfil dos pacientes analisados se parece muito com o de pacientes avaliados em outros centros brasileiros desta especialidade, embora o hábito de fumar tenha se aparecido com muito maior frequência nestes indivíduos, o que de certa forma, pode ser explicado, pelos mesmos residirem numa região que diferencia-se pelo cultivo e manufatura de tabaco.

Também foi analisado o tempo de diversos procedimentos que fazem parte da história clínica dos pacientes, como: de indicação cirúrgica, de cirurgia, de circulação extracorpórea, de ventilação mecânica, de permanência na unidade de terapia intensiva e de hospitalização. É prudente fazer uma ressalva: todos os procedimentos de revascularização do miocárdio do período estudado foram realizados com a utilização da circulação extracorpórea e o tempo de indicação cirúrgica se refere ao período decorrido entre o dia da solicitação (autorização do sistema único de saúde) e o dia da realização do ato cirúrgico propriamente dito.

O tempo médio da indicação cirúrgica até a cirurgia foi de seis dias, o que pareceu-nos curto, haja vista o número de procedimentos e orientações que fazem parte do preparo destes

pacientes e familiares para um procedimento altamente complexo. Comparando com outros estudos que discorrem sobre o tema, encontrou-se neste estudo, maior tempo de hospitalização, de cirurgia e de circulação extracorpórea, o que pode estar relacionado com o perfil do paciente atendido, com a técnica utilizada pela equipe ou por outros aspectos ainda não considerados.

Importante salientar que ao contrário do que se esperava inicialmente, a qualidade dos registros nos prontuários foi bastante satisfatória, o que permitiu a autora análises e discussões aprofundadas na construção do perfil epidemiológico e da história clínica mais aproximada possível da realidade dos pacientes atendidos. Mesmo assim, salienta-se que na busca da melhoria da assistência ao paciente e na condição de hospital escola, são necessárias melhorias na qualidade dos registros de todos os profissionais.

No que tange os registros dos profissionais médicos diversas vezes apresentaram-se muito concisos, principalmente, no que diz respeito aos documentos de alta. Já nos registros do profissional enfermeiro, apesar de algumas vezes adequados, apresentaram diversas lacunas, o que não condiz com o expressado pelos entrevistados que se dizem muito satisfeitos com a assistência e preparo para a cirurgia e alta realizada por estes profissionais. Quanto à utilização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como ferramenta de trabalho também foi possível visualizar que mesmo que ela esteja executada na maioria das unidades hospitalares, ainda precisa ser aperfeiçoada, devendo ser executada em sua totalidade, ou seja, por todos profissionais enfermeiros, de todos os setores e em todas as suas etapas.

A autora percebeu durante as entrevistas que os pacientes, ao contrário do encontrado no senso comum, conseguem fazer a diferenciação correta entre todos os profissionais envolvidos em sua assistência hospitalar, mostrando que talvez a forma como os profissionais identificam-se e se apresentam aos usuários na instituição estudada, esteja contribuindo para esse entendimento.

Nas entrevistas realizadas pela pesquisadora nos domicílios dos pacientes, pode-se perceber que a maioria encontrava-se muito satisfeita com o atendimento recebido, lembrando com carinho dos profissionais do hospital. A maioria referiu estar sentindo-se bem melhor após a cirurgia, mesmo tendo a pesquisadora, percebido que quase todos se encontravam extremamente dependentes dos cuidados dos familiares, com pouca autonomia até para seus cuidados básicos de higiene e alimentação. A realidade encontrada talvez esteja relacionada com a idade dos pacientes e co-morbidades associadas, mas também nos faz pensar que tanto o serviço hospitalar como o ambulatório especializado e a atenção

básica ainda estejam inseguros ou despreparados para educar estes pacientes para o auto cuidado na busca da autonomia.

Nas falas também se pode notar, talvez pela complexidade da intervenção, uma grande dependência dos sujeitos em relação aos especialistas da área cardiológica, visto que a maioria continua realizando seu acompanhamento de saúde, exclusivamente, no ambulatório cardiológico. Mesmo aqueles vinculados a unidade de saúde da família, não receberam deste nível de atenção, o acompanhamento e o cuidado continuado e integral a que tem direito, denotando também despreocupação com o princípio da vigilância em saúde inerente à atenção básica.

Evidenciou-se, portanto, que os profissionais precisam melhor se adequar a esta nova realidade para que o itinerário do paciente seja mais tranquilo. Por tratar-se de um serviço novo, deve ser encarado como um desafio a ser enfrentado e vencido pelos profissionais locais, pois, o que anteriormente era “encaminhado” para um grande centro, hoje, permanece na região. O desafio envolve todos os serviços e profissionais de saúde por onde passam estes pacientes, que além da instituição estudada também utilizam os serviços de apoio (laboratórios, centros de exame, clínicas), serviços secundários (ambulatórios e consultórios) e de forma mais continuada à atenção básica de saúde.

Desta forma a comunicação em rede, entre os serviços, torna-se imprescindível, especialmente entre os profissionais de enfermagem na busca da continuidade do cuidado, exemplo: a (o) enfermeira (o) da UTI com o (a) enfermeiro (a) da clínica cirúrgica e este com o (a) enfermeiro (a) da atenção básica por entender que somente assim a assistência tornar-se-á qualificada e comprometida; quando todos tratarem juntos do único indivíduo, responsabilizando-se pelo seu bem-estar e completa recuperação da saúde, poderemos acreditar na integralidade da atenção.

A comunicação em rede através do uso de documentos de referência e contra referência mostrou-se falha na realidade analisada. Nos prontuários encontrou-se poucos registros, tanto de referência como de contra referência, demonstrando o possível desconhecimento e desvalorização dos profissionais de um nível de atenção para com o outro e até certa falta de comprometimento com a continuidade do cuidado integral.

Somente a integralidade permite um cuidado adequado, pois, as necessidades do indivíduo não se resumem somente ao processo agudo, nem mesmo à especialidade, as necessidades devem entendidas como sistêmicas e somente a partir do momento em que os profissionais de saúde vislumbrarem os pacientes de maneira integral é que a assistência será mais apropriada e o sistema será mais resolutivo e humanizado.

Almeja-se que este estudo através da identificação dos principais fatores de risco cardiovasculares que levam a população regional a necessitar da cirurgia possa servir de alerta para os indivíduos, profissionais e gestores da saúde, no intuito de encorajar a incorporação de hábitos saudáveis, de aprimorar políticas e ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado das co-morbidades. Também que possa contribuir no alerta para a contínua busca da qualificação dos serviços de saúde (atendimento capacitado/competente) para que assim, se obtenha resultados ainda mais positivos a estes pacientes, muito além da simples sobrevivência.

Durante todo o estudo ficou evidente o imprescindível e importante papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem na trajetória destes pacientes e também o quanto a profissão ainda pode “ser mais”, mas, para isto, compreende-se que os profissionais precisam, além da busca constante de conhecimento científico, também estar motivados e empenhados tanto na valorização pública e financeira da profissão.

O reconhecimento da enfermagem como uma profissão generalista é apropriada, mas, a especialidade também se torna necessária, principalmente quando se trata de pacientes e intervenção tão específicas, que requerem um conhecimento mais aprofundado sobre este tipo de paciente e as tecnologias complexas utilizadas na sua terapêutica. O objetivo para com a especialidade não é minimizar a importância de sermos bons generalistas, mas, sim, agregar ao bom generalista, conhecimento específico, para assim, poder participar de forma mais resolutiva e qualificada na atenção ofertada a estes indivíduos.

Da mesma maneira a enfermeira norte-americana Suzanne Gordan elucida em suas palestras e trabalhos, que o grande paradigma não é perder as qualidades pela qual a enfermagem é reconhecida e sim agregar a ela a visão de uma profissão “inteligente”, contribuindo assim para que a profissão seja mais valorizada.

Então é nesta perspectiva que finalizo este trabalho, acreditando na possibilidade de não se “perder” o atual reconhecimento da profissão quanto generalista, mas sim, na capacidade de agregar a esta profissão um maior reconhecimento e porque não, o adjetivo de “ótimos generalistas e especialistas”.

REFERÊNCIAS

BARROS, Ivan da Costa. Examinando pacientes – A anamnese. 2004, pp.1-19. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332097453Anamnese.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. [online]. 2008, vol.90, n.6, pp. 403-412.

BONOTTO, J. M.; BOER, L. A. Estudo sobre o Perfil do Paciente submetido à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em um hospital da região sul catarinense. UNIEDU. 2013. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Janete-Morangoni-Bonotto.pdf>>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

BRAILE, D. M. Circulação Extracorpórea. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular [online]. 2010, vol.25, n.4, pp.1-5.

_____.; GODOY, M. F.; História da cirurgia cardíaca no mundo. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular v.27, n.1, p. 125-136, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. Brasília: 2. Ed., 2010. 1135 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

_____. Governo Federal. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. 2011. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 28 de novembro de 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde - Conass. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 223 p.

BRICK, A. V. et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. Arquivo Brasileiro de Cardiologia [online]. 2004, vol.82, suppl. 5, pp. 1-20.

BRITO, D. J. et al. Prevalência e fatores de risco para insuficiência renal aguda no pós-operatório de revascularização do miocárdio. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. 2009, vol. 24, n.3, pp.297-304.

CAMARGO, K. R. Jr. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2003, p. 35-44.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl. 2, pp. 2029-2040.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1996, 209 p.

CHAVES, Lucimara Duarte. Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2009, 146p.

COLOMBO, R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 1997, vol.5, n.2, pp. 69-82

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – CONFEN. Resolução COFEN 358/2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2015.

COSTA, I. A. da. História da cirurgia cardíaca brasileira. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 1998, vol.13, n.1, pp. 1-7.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Revista Saúde e sociedade*. [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 5-15.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 296 p.

DALLAN, L. A. O.; JATENE, F. B. Revascularização miocárdica no século XXI. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 2013, vol.28, n.1, pp. 137-144.

DUARTE, S. da C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Escola Anna Nery* [online]. 2012, vol.16, n.4, pp. 657-665.

DUNCAN, B. S. A. et al. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: *Saúde Brasil, 2010. Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FEIER, F. H. et al. Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2005, vol.20, n.3, pp. 317-322.

FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E. N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2009, vol. 11, n.4, pp. 993-199.

FERNANDES, P. M. P.; GAIOTTO, F. A.; GERNANDES F. G. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. São Paulo: Revista de Medicina. 2008, vol. 87, n.2, pp. 92-98.

FONSECA, R. M. P.; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. Acta paulista de enfermagem[online]. 2009, vol.22, n.4, pp. 428-433.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Caderno de Saúde Pública [online]. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativas em saúde: contribuições teóricas. 2008, vol. 24, n.1, pp; 17-27.

FORTUNA, Prado. Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca: guia para: intensivistas, anesthesiologistas e enfermagem especializada. São Paulo: Atheneu, 1998. 224 p.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. Acta paulista de enfermagem [online]. 2008, vol.21, n.2, pp. 351-355.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GUIMARAES, R. de C. M. et al. Severity of postoperative cardiac surgery patients: na evolution analysis according to TISS-28. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.1, pp. 61-66.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224 p.

HAMMER, A. The history of coronary heart disease. Leibowitz JO. Institute of the History of Medicine, New Series, vol. XVIII - United Kingdom, 1970. The nineteenth century. p.135.

HARLAN, B. J.; STARR, A.; HARWIN, F. M. Manual ilustrado de cirurgia cardíaca. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 288p.

HORTA, Wanda Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Desenvolvido pelo Hospital Sírio-Libanês. Especialização em Enfermagem. Disponível em:
<<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep/Paginas/curso.aspx?atividade=834&pnv=0>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

HUEB, T. O.; HUEB, W. Revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. Revista Brasileira de Medicina. 2013, vol. 70, nº1/2, pp. 39-45.

HUUFMA. Desenvolvido pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Apostila da Liga Acadêmica de Cirurgia Cardiovascular do HUUFMA / Revascularização do Miocárdio. Cap. 8. Disponível em:
<<http://www.huufma.br/lacic/lacic/Apostila.html>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

IGLEZIAS, J. C. R. et al. Fatores prognósticos na revascularização do miocárdio em pacientes idosos. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 1997, vol.12, n.4, pp. 325-334.

JANSSEN, A. M. S. et al. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2015, vol.16, n.1, pp. 29-33.

KAUFMAN, R. et al. Perfil Epidemiológico na Cirurgia de Revascularização Miocárdica. *Revista Brasileira de Cardiologia*. 2011, vol. 24, n. 6, pp. 369-376.

_____. Perfil Demográfico de Candidatos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio: avaliação do controle de fatores de risco cardiovascular. *Revista de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 2009, vol. 22, n.4, pp. 253-256.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde e Sociedade*. [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 733-743.

KNOBEL, Elias. *Terapia intensiva: cardiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. 478 p.

LEÃO, P. A. et al. Causas do infarto do miocárdio: a compreensão da paciente mulher. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2011, vol. 21, n.4, pp 28-32.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2ª edição. Florianópolis: UFSC/Pós – Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, R. de C. et al. Surgical results of coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass: analysis of 3,410 patients. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 2003, vol.18, n.3, pp. 261-267.

MAGALHÃES, Maria Gurgel de. A integralidade e a complementaridade da assistência, instrumentalizada pelo o relatório de alta e a contra-referência. 2009. 28 f. Projeto de Intervenção (Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.

MAIA. M. A.; SADE, P. M. C. Cuidados de enfermagem no pós operatório imediato de revascularização do miocárdio. *Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná*, Curitiba. 2012, v.2, n.3, p.18-31.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto contexto enfermagem* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 472-478.

MARRA, C. C. et al. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 1989, pp.124-125.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 269 p.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed.; rev. e aprim. São Paulo: HUCITEC, 2006. 269 p.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Revista da Escola de Enfermagem - USP* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 643-648.

_____.; ERDMAN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. *Revista Enfermagem UERJ*. 2006, n.14, PP. 331-41.

OLIVEIRA, Eduardo Lafaiette de; WESTPHAL, Glauco Adrieno and MASTROENI, Marco Fabio. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 2012, vol.27, n.1, pp. 52-60.

PALOMO, Jurema da Silva Herbas. *Enfermagem em cardiologia: cuidados avançados*. 1ª ed. Barueri: Manole, 2007. 434 p.

POMPEO, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta paulista de enfermagem* [online]. 2007, vol.20, n.3, pp. 345-350.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem. Pensamento crítico na prática de enfermagem*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 80p.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2014, vol.22, n.4, pp. 547-553.

ROCHA, L. A. da; MAIA, T. F.; SILVA, L. de F. da. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Revista brasileira de enfermagem*. [online]. 2006, vol.59, n.3, pp. 321-326.

SWEDBERG, K. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text. *European Heart Journal*. 2005, vol. 26, n. 22, pp. 247-212.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; vol. 377, n. 9781, pp. 1949-1961.

SCHUTZ, R. Associações entre diferentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial de pacientes com dislipidemia pertencentes a uma comunidade universitária. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2008, vol. 40, n.2, pp. 97-99.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: 2010, n. 15, pp. 3579-3586.

SERRANT, Laura. Métodos mistos: abra-se a novas oportunidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015, vol. 36, n.4, pp. 8-9.

SILVA, G. S. da. et al. Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora. *Revista da Associação Médica Brasileira*. [online]. 2013, vol.59, n.3, pp. 248-253.

SILVA, M. G. C. da; ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). Rouquayrol: epidemiologia & saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 709 p.

SILVA, M. A. M. da. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2005, vol.84, n.5, pp. 387-392.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atlas: corações do Brasil. São Paulo: SBC, 2005. v.1, p.40-54.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR. Desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Disponível em: <http://www.sbccv.org.br/medica/exibeConteudoMultiplo.asp?cod_Conteudo=1035>. Acesso em: 25 abr. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS EM CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - SOBECC. Desenvolvido pela SOBECC. Práticas recomendadas - SOBECC. São Paulo: 2000.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 02 de dezembro de 2015.

TONIAL, R.; MOREIRA, D. M. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no instituto de cardiologia de Santa Catarina, São José - SC. Arquivos Catarinense de Medicina. 2011, vol. 40, n. 4, pp. 42-46.

TORRATI, F. G.; DANTAS, R. A. S. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. Acta paulista de enfermagem [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 340-345.

VIANNA, Ica Oliveira de Almeida. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

VIRGÍNIO, N. de A.; NÓBREGA M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 57, n.1, p. 53-6, 2004.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. Revista Gaúcha de Enfermagem. 1992, vol. 13, n.1, pp. 12-23.

World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

WOODS, S. L.; FROELICHER, É. S. S; MOTZER, S. U. Enfermagem em cardiologia. 4ª ed. São Paulo; Barueri (SP): Manole; 2005. 1079 p.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

_____, o (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa sobre **A CIRURGIA CARDÍACA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: HISTÓRIA CLÍNICA DOS PACIENTES E INTERVENÇÕES DA ENFERMAGEM**, porque sua participação é muito importante para que, nós pesquisadores, tenhamos um conhecimento mais aprofundado da sua realidade e assim com estes dados, os profissionais de saúde fortaleçam suas estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Este é um projeto de pesquisa realizado para obtenção do título de Enfermeiro, estando vinculado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Pretendemos com essa pesquisa:

Objetivo geral:

Conhecer a história clínica dos pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital referência em Alta Complexidade Cardiovascular do interior do Rio Grande do Sul, no período de junho de 2012 a junho de 2015.

Objetivos específicos

Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes cardiopatas submetidos à intervenção cirúrgica cardíaca de revascularização miocárdica no período de hospitalização.

Conhecer o histórico pós-operatório dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca de revascularização de miocárdio.

Caracterizar as intervenções do enfermeiro frente aos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio.

Desvelar a percepção dos pacientes submetidos à revascularização do miocárdio acerca das intervenções dos profissionais da enfermagem.

A pesquisa será realizada em duas etapas. Na primeira etapa serão consultados todos os prontuários dos pacientes que passaram por intervenção cirúrgica de revascularização do miocárdio, no período de junho de 2012 a junho de 2015, custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na instituição hospitalar ensino do interior do Rio Grande do Sul referida acima. Na segunda etapa, será composta uma amostra de forma aleatória estratificada e os pacientes selecionados que serão convidados a participar mediante contato telefônico. Sua forma de participar é nos autorizando a entrevistá-lo (a), ou seja, conversar com o Sr. (Sra.)

uma ou mais vezes e gravar nossa conversa. O Sr. (Sra.) pode responder ou não a qualquer pergunta que lhe fizermos e também desistir de participar da entrevista a qualquer momento. Basta nos dizer que não quer mais, sem nenhum prejuízo para o Sr. (Sra.). A gravação da nossa conversa (entrevista) só poderá ser ouvida por nós pesquisadores. Seu nome e dados pessoais serão mantidos sob sigilo (segredo), assim como, todos os dados coletados somente serão utilizados para produção de materiais científicos e após o período de dois anos, incinerados.

Se durante a nossa conversa (entrevista) o Sr. (Sra.) se sentir constrangido, incomodado, sentir medo de se expor, se sentir emocionado, ou se ainda ficar com receio de algum dano moral, nós pesquisadores estaremos atentos para evitar tais riscos, lhe garantindo cuidados de proteção à sua imagem, e combinado previamente, onde e quando vamos lhe entrevistar.

Informamos ao Sr. (Sra.) que esta pesquisa poderá trazer benefícios aos pacientes com indicação cirúrgica de revascularização do miocárdio, assim como, para a população em geral, pois, conhecendo a realidade podemos contribuir com medidas que melhore a qualidade de vida dos indivíduos cardiopatas e da população em geral. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (documento que neste momento está sendo apresentado ao Sr. (Sra.)), foi redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o Sr. (Sra.) e a outra ficará conosco, pesquisadores.

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para participar das entrevistas da pesquisa.

Assinatura do Entrevistado: _____

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para que as entrevistas sejam gravadas.

Assinatura do Entrevistado: _____

Local: _____ Data _____

Assinatura do pesquisador: _____

Em caso de dúvidas quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da UNISC, pelo telefone: (051) 3717 7680. Caso queira, o Sr. (Sra.) poderá falar também com a pesquisadora que é responsável pela pesquisa, Sra. Rosylaine Moura na UNISC pelo telefone (051) 3717 7542, ou pessoalmente no seguinte endereço: Av. Independência, 2293, prédio 35, sala 3526, Santa Cruz do Sul – RS.

APÊNDICE B – Formulário de coleta de dados nos prontuários dos pacientes:

DADOS DO PRONTUÁRIO		Nº:		
I D E N T I F I C A Ç Ã O	Nome do paciente:		Data da Cirurgia / /	
	Idade:	Sexo: ()F ()M ()Não Consta	Contato: ()	
	Estado civil: ()Solteiro ()Casado ()Viúvo ()Divorciado ()Não consta			
	Cor/Raça: ()Branco ()Pardo ()Negro ()Amarela ()Indígena ()Não consta			
	Naturalidade:		Nacionalidade: () Brasileira () Outra	
	Moradia: () Rural () Urbana () IGN		Cidade:	
	Endereço:			
	Profissão:			
	D A D O S	Indicação cirúrgica:		
		Tempo decorrido entre a indicação e a cirurgia:		
Fatores de risco cardiovasculares? () Sim () Não () Quais?				
Patologias associadas:				
RM prévia? () Sim () Não ()		Quantas?		
Histórico de doença cardiovascular na família? () Sim () Não () Não consta				
Registro pré-operatório ? () Sim () Não				
Por quem?				
Tempo de Cirurgia:		Escala cardiovascular:		
Tempo de V.M.:		Tempo de UTI:		
Tempo de CEC:		Tempo de hospitalização:		
D E S F E C H O	Intercorrências: () Trans () Pós		Qual (ais)?	
	Existe nota de alta? () Sim () Não		Referenciado? () Sim () Não _____	
	Existência de SAE? () Sim () Não		Onde? () UTI () UI () CC	
	Quais etapas? () 1ª () 2ª () 3ª () 4ª () 5ª			
	Orientação de alta registrada? () Sim () Não			
Por quem?		Situação da Alta:		

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista semiestruturada destinada aos pacientes:

Data da Cirurgia: _____ Data da Entrevista: _____ N° da Entrevista: _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

1. O que o senhor (a) acredita que tenha o(a) levado a precisar fazer a cirurgia cardíaca? (fatores de risco não modificáveis e modificáveis, doenças pregressas)
2. Algum familiar seu (sua) também apresenta (ou) estes problemas? (fatores de risco não modificáveis e modificáveis, doenças pregressas, cirurgias) Quem?
3. Fale-me como foi a sua preparação para fazer a cirurgia. Alguém o orientou? Quando? Como? Quem?
4. Fale-me sobre o período que esteve no hospital aonde realizou a intervenção cirúrgica antes, durante e depois da cirurgia. Como se sentiu? Como foi atendido?
5. Como foi o momento da alta do hospital? O senhor (a) se sentiu preparado para ir para casa? Alguém o preparou? Como? Quem? Teve (sentiu) alguma dificuldade?
6. Fale-me como foi a sua adaptação em casa após a cirurgia cardíaca? Mudou sua rotina e hábitos? (alimentação, exercícios físicos, medicamentos) Teve apoio de algum profissional de saúde neste momento?
7. O senhor (a) teve algum outro problema de saúde após a cirurgia cardíaca? Qual?
8. O senhor (a) continua fazendo acompanhamento de saúde atualmente? Onde? Com quem? Tem ESF próximo de sua casa? Utiliza?
9. Como o senhor (a) tem se sentido atualmente? Percebe alguma mudança significativa na sua qualidade de vida depois da cirurgia cardíaca (para melhor ou pior)? Fale sobre isso.

ANEXOS



Santa Cruz do Sul, 08 de julho de 2015

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “**Cirurgia Cardíaca de Revascularização do Miocárdio: História Clínica dos Pacientes e Intervenções da Enfermagem**”, desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem – UNISC, **Indiara Zambarda Pinto**, sob supervisão da **Profª. Rosylaine Moura**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,

Carolini O. da Silva
Enfermeira
COREN/RS 116254

Enfª. Carolini Oliveira da Silva
Coordenadora do Bloco Cirúrgico / HSC

Giana Diesel Sebastiany
Prof.ª Dr.ª. Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abott, 174 - 96.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitalstacruz.com.br - hsc@unisc.br

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ROTEIRO DE AVALIAÇÃO - DISCIPLINA DE TRABALHO DE CURSO II –

TRABALHO ESCRITO

Nome do Aluno: _____

Título da Monografia: _____

Professor Orientador: _____

Nome do Avaliador: _____ Data: _____

Itens de Avaliação	Peso	Nota Atrib.
1. Respeito às normas técnicas de apresentação de trabalho científico	0,5	
2. Redação clara e coerente das idéias	0,5	
3. Adequação ortográfica (inexistência de erros de português, etc)	0,5	
4. Argumentação da relevância do tema para Enfermagem	0,5	
5. Título: Compreensível, conciso e retrata o conteúdo do trabalho.	0,5	
6. Resumo: O resumo descreve o(s) objetivo(s), método, principais resultados e conclusões.	0,5	
7. Introdução: Apresenta a contextualização do tema em sequência lógica. Os objetivos e/ou hipóteses estão bem formulados.	1,0	
8. Revisão de literatura suficiente para basear as associações das idéias.	1,0	
9. Rigor metodológico - Apresenta informações adequadas sobre: tipo de estudo, local, amostra, período e processo de coleta de dados, instrumentos utilizados, método de análise dos dados. Referência à solicitação de consentimento informado e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.*	1,0	
10. Interpretação e análise dos resultados claramente baseada nos dados obtidos Descrição científica do relato de prática assistencial	1,0	
11. Referências: são seletivas, pertinentes e atualizadas para o tema.	0,5	
12. Considerações finais/Conclusão que apresentam idéias de finalização do estudo, com reflexão crítica, sugestões/recomendações e cumprimento dos objetivos	1,0	
13. Congruência de idéias nas diferentes fases do trabalho (objetivos de acordo com o tema; metodologia, análise dos dados – se for o caso - e considerações finais)	1,0	
14. Cumprimento dos prazos.**	0,5	
TOTAL:	10,0	

* Adequar itens ao formato de prática assistencial.

** Acordado com o professor orientador da monografia.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO - DISCIPLINA DE TRABALHO DE CURSO II

APRESENTAÇÃO PÚBLICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Aluno: _____

Título da Monografia: _____

Professor Orientador: _____

Nome do Avaliador: _____ Data: _____

Ítems de Avaliação	Peso	Nota Atrib.
1. Seqüência lógica da apresentação	1,0	
2. Domínio do conteúdo	1,5	
3. Capacidade de síntese do trabalho	1,0	
4. Argumentação e linguagem científica	1,5	
5. Distribuição adequada do tempo.	1,0	
6. Elaboração adequada dos recursos audiovisuais e outros	1,5	
7. Envolvimento com o tema.	1,5	
8. Envolvimento com o público	1,0	
TOTAL:	10,0	

Assinatura Avaliador