

ESTUDO SOBRE O PERFIL DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, EM UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL CATARINENSE

Janete Marangoni Bonotto¹
Lyziane de Almeida Boer²

Resumo

O tema deste artigo procura identificar o perfil do paciente submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio em um hospital de referência da região sul catarinense. Procura-se identificar qual o tipo de cirurgia mais frequente, faixa etária, patologias e fatores de risco associados, como tabagismo e etilismo. Um estudo que nos leva a reflexão da importância da educação em saúde, da conscientização sobre o cuidado com a saúde e a prevenção das cardiopatias.

Palavras-chave: Revascularização do Miocárdio. Cardiopatias. Coração.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem lançado estatísticas anuais que demonstram que as doenças cardiovasculares (DCV), são responsáveis por 16,7 milhões de mortes e segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em 2005 no Brasil, 34% dos óbitos são causados por doenças cardiovasculares, o que representou 300 mil óbitos anuais ou 820 óbitos por dia. Destes, um terço são causados especificamente por doenças coronárias (OMS, 2003).

Falar de cirurgia cardíaca é refletir sobre toda evolução histórica da ciência e medicina. É refletir sobre o inimaginável de ontem e o real de hoje. É refletir sobre a importância da pesquisa e do esforço humano e científico em busca da melhor qualidade de vida das pessoas. O desenvolvimento da tecnologia, além do aperfeiçoamento e habilidade técnica dos envolvidos neste processo, tem contribuído em muito para o sucesso hoje reconhecido desta técnica cirúrgica. Para *Domingo M. Braille e Walter J. Gomes:*

¹ Enfermeira Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho e Pós-graduanda em Enfermagem Cardiovascular.

² Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, Professora da Escola Superior de Criciúma – ESUCRI, Enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A cirurgia cardíaca brasileira é uma das mais respeitadas do mundo, com 116.821 procedimentos em 2008, segundo o DATASUS2, permitindo a uma instituição de renome, como o Incor, ter realizado mais de 71 mil procedimentos apenas entre 1984 e 2007, conforme levantamento do artigo “Evolução da Cirurgia Cardiovascular no Instituto do Coração: Análise de 71.305 Operações”, de Lisboa e cols.3, publicado na página 174. (BRAILE, 2009 – pg 151)

Toda essa evolução e tecnologia contribuíram para a sobrevida do paciente cardiopata, mas o grande desafio da humanidade é a prevenção: algo prático, de baixo custo e isento de riscos. Para prevenir é necessário conhecer, ter consciência dos riscos, causas e efeitos.

A partir destas colocações o presente estudo tem como objetivo, além de atender uma exigência do Curso de Pós-graduação em Enfermagem Cardiovascular, aprimorar os conhecimentos sobre o perfil dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sobre a respectiva cirurgia, tendo como objetivo geral: **conhecer o perfil do paciente que será submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio**. Citam-se ainda os objetivos específicos, que são: identificar faixa etária, sexo, raça/cor, religião e comorbidades destes pacientes.

Têm-se como hipóteses sobre o perfil destes pacientes: faixa etária superior a 40 anos, comorbidades associadas, como diabetes, hipertensão e dislipidemia, além de infarto agudo do miocárdio prévio.

A Justificativa pela qual optou-se por desenvolver esta pesquisa é a de que observa-se um grande número de pacientes submetidos as cirurgias cardiovasculares, e a identificação do seu perfil permitirá a intensificação das ações educativas de prevenção á saúde.

“Cabe ao enfermeiro, agente de transformação na sociedade”, (BONOTTO, 2011) em especial ao enfermeiro especialista em enfermagem cardiovascular, estar habilitado para o desenvolvimento de suas atividades para melhor qualidade no cuidado a este paciente.

“É necessário fazer valer o que é garantido pela Constituição Federal, sendo a saúde um direito do cidadão e dever do Estado, utilizando como ferramenta para determinada finalidade a Educação em Saúde” (BONOTTO, 2011).

2. ANATOMIA CARDÍACA

Conhecer a anatomia cardíaca é de fundamental importância para a compreensão acerca do tema. Ana Paula Quilici, et al, em sua obra: *Enfermagem em Cardiologia* (QUILICI, 2009), descreve brevemente as principais estruturas cardíacas, como segue abaixo:

O coração é um órgão vital, localizado no terço inferior do mediastino, entre os dois pulmões e serve para impulsionar sangue para todo o organismo, através de movimentos de contração e relaxamento. Trata-se de um órgão muscular oco, composto por quatro câmaras cardíacas: átrio direito, átrio esquerdo, ventrículo direito e ventrículo esquerdo. O tamanho deste órgão pode ser comparado ao tamanho do punho fechado do indivíduo.

O coração possui três faces: face anterior ou esternocostal, a face inferior ou diafragmática, e a face lateral esquerda, formada principalmente pelo ventrículo esquerdo. As três camadas que formam o coração são denominadas: epicárdio (seroso e fibroso), que é a camada que envolve o músculo cardíaco; miocárdio, que refere-se ao músculo cardíaco e o

endocárdio, que é a membrana que envolve internamente o músculo cardíaco. O pericárdio é um saco fibroso que impede o atrito do coração com as estruturas adjacentes, serve como barreira contra doenças e impede o deslocamento do coração dentro da caixa torácica.

Em relação às câmaras cardíacas, citam-se as câmaras de recepção, que são os átrios, e as câmaras de contração ou ejeção, que são os ventrículos. O átrio direito recebe o sangue venoso proveniente de todo organismo, por meio das veias cava superior e inferior. O átrio esquerdo recebe oxigenado proveniente dos pulmões, por meio das veias pulmonares direitas (O₂) e duas veias pulmonares esquerdas (O₂). O ventrículo direito (VD) recebe o sangue proveniente do átrio direito e ejeta o sangue venoso para ser oxigenado nos pulmões, por meio da artéria tronco pulmonar, que subdivide-se em artéria pulmonar direita e esquerda. O ventrículo esquerdo (VE) recebe o sangue oxigenado do átrio esquerdo e ejeta-o para todo o organismo por meio da artéria aorta, inclusive para o músculo cardíaco, por meio das artérias coronárias. As artérias coronárias são duas, originadas diretamente da artéria aorta: artéria coronária direita e esquerda, e conforme se divide vão recebendo denominações específicas, conforme veremos a seguir.

As câmaras cardíacas são separadas por estruturas específicas: entre os átrios encontra-se o septo interatrial e entre os ventrículos encontra-se o septo interventricular. Vale destacar a presença da fossa oval que encontra-se no septo interatrial, denominada forame oval até o nascimento do indivíduo. Este forame possibilita a circulação e oxigenação fetal, por meio da mistura do sangue oxigenado da mãe com o não oxigenado do feto. Como o nascimento o recém nascido passa a respirar espontaneamente, não mais necessitando desta comunicação entre as câmaras atriais, daí então o fechamento do forame.

Valvas cardíacas: o coração possui quatro valvas, que se localizam nos orifícios entre os átrios e ventrículos (valvas atrioventriculares), e as valvas que se localizam nas raízes dos grandes vasos da base: artéria aorta e troncopulmonar, (valvas arteriais). Elas têm a função de permitir a saída do sangue de uma estrutura para outra e impedir seu fluxo retrógrado. A valva que separa átrio e ventrículo D é denominada valva tricúspide, e a valva que separa átrio e ventrículo esquerdo é denominada valva mitral ou bicúspide. As valvas localizadas nas raízes dos vasos da base são conhecidas como valvas semilunares, por apresentar folhetos semilunares, são valvas aórtica e pulmonar.

Artérias coronárias: são assim chamadas, pois se dispõem na base dos ventrículos, como se fossem uma coroa. Elas surgem a partir da raiz da artéria aorta e podem variar de profundidade de acordo com a quantidade de tecido adiposo que envolve o coração, no entanto as principais coronárias são subepicárdicas. As suas ramificações originam várias subdivisões, que vão constituir a árvore coronariana.

A artéria coronária direita irriga átrio e ventrículo direitos, porção posterior do septo interventricular, parte da parede posterior do ventrículo esquerdo e nó sinuatrial. Esta artéria dá origem a vários ramos, que são conhecidos como ramos marginais.

A artéria coronária esquerda (CE) irriga a parede ântero-lateral do ventrículo esquerdo, átrio esquerdo e porção anterior do septo interventricular. A CE tem uma extensão de poucos milímetros ou centímetros, calibrosa, que é denominada tronco da CE, tem direção anterior e bifurca-se dando origem ao ramo intraventricular anterior (RIA) ou descendente anterior (DA), e o ramo circunflexo (CX). Pode ocorrer uma terceira bifurcação, que cruza obliquamente a parede ventricular, é chamado de ramo diagonalis. A artéria CX emite inúmeros ramos para a parede lateral do VE, os quais são conhecidos como marginais (quanto mais proximais) e conhecidos como ventriculares posteriores (quanto mais distais).

3. CIRURGIAS CARDÍOVASCULARES

3.1.1 Cirurgia de revascularização do miocárdio

Trata-se da realização de “pontes” ou “by-pass” com a utilização de artérias torácicas internas (mamárias), artérias radiais ou veias safenas. Essas “pontes” permitem a reperfusão das artérias coronárias, em qualquer parte de sua extensão, preservando-se as artérias coronárias obstruídas.

3.1.2 Cirurgia das valvopatias

Refere-se a cirurgia de plastia ou troca de válvulas, incluindo as válvulas mitral, aórtica (as quais são as mais frequentes) e as pulmonar e tricúspedi.

3.1.3 Correção de aneurisma de aorta

Trata-se da correção de aneurismas da artéria aorta, em qualquer uma das suas porções: artéria aorta ascendente, arco aórtico, artéria aorta descendente (porção torácica ou abdominal), geralmente com implantação de tubos valvados ou retos.

3.1.4 Cirurgia das arritmias

Refere-se a cirurgias de implante de marcapasso definitivo e cardiodesfibrilador implantável.

3.1.5 Cirurgia das cardiopatias congênitas

Refere-se a cirurgias de correção de Comunicação Interatrial (CIA), Comunicação Interventricular (CIV), Defeito do Canal Atrioventricular, Persistência do Canal Arterial (PCA) ou Ducto Arterioso Pérvio, Coarctação da Aorta (COA), Estenose Aórtica (EA), Estenose Pulmonar (EP), Tetralogia de Fallot, Atresia de Tricúspedi, Transposição de grandes vasos da base, Drenagem Anômala Total das Veias Pulmonares ou Conexão Venosa Pulmonar Anômala Total, Tronco Arterioso Comum, Hipoplasia do VE.

3.2 CARDIOPATIAS ADQUIRIDAS

Citam-se: Endocardite Bacteriana, Febre Reumática, DAC – Doença da Artéria Coronária, Arritmias Cardíacas, ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva.

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Pré-operatório: Deve-se estar atento as rotinas de cada instituição, no entanto os cuidados básicos estão relacionados ao preparo do paciente: jejum de 12h, pesar e medir, encaminhar amostra ao banco de sangue para tipagem sanguínea, dois banhos com clorexidina degermante: sendo o primeiro 8h antes da cirurgia e o segundo uma hora antes da cirurgia, punção de acesso venoso, sondagem vesical de demora, avaliar junto ao médico cirurgião quais as medicações deverão ser suspensas (especialmente os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários) e controle de sinais vitais. Ao encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, levar também o seu prontuário, estando anexo os laudos de exames de complementares, como cateterismo, ressonância magnética, tomografias, ECG (eletrocardiograma), RX de tórax, exames laboratoriais recentes. Manter o paciente e familiares calmos e orientados.

Pós-operatório: O pós-operatório imediato do paciente submetido à cirurgia cardiovascular ocorre na Unidade de Terapia Intensiva. A equipe que irá receber o paciente precisa estar informada sobre o estado clínico em que se encontra o paciente que será admitido, incluindo informações básicas sobre a cirurgia: tipo de cirurgia, tempo de CEC- (Circulação Extracorpórea) e Clamp – clampeamento das artérias e ausência de circulação cardíaca - (se houver), intercorrências durante o transoperatório, administração de

hemocomponentes, drogas em uso, modo ventilatório, aparelhos e monitorização em uso: PAE – Pressão de Átrio Esquerdo, BIA – Balão Intra-aórtico, PAM – Pressão Arterial Média, Monitor Vigileo (para monitorização do Débito Cardíaco), Cateter de Swan-Ganz (para monitorização hemodinâmica)...

Logo na chegada do paciente toda equipe deve estar preparada para admissão do mesmo: médico intensivista, enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

O paciente deverá ser acompanhado por membros da cirurgia cardíaca até a unidade de terapia intensiva, incluindo cirurgia e/ou anesthesiologista e equipe de enfermagem, sob monitorização multiparâmetros. Acomoda-se melhor o paciente ao leito, organiza-se todo material (bombas de infusão, monitores, respirador mecânico (se necessário), nivela-se PAM e PVC(Pressão Venosa Central), coleta-se material para exames laboratoriais, realiza-se RX e ECG. Quando o paciente estiver sem sedação, orientá-lo no tempo e espaço e sobre o término da cirurgia. Controle rigoroso de sinais vitais e ganhos e perdas: nas duas primeiras horas de 15/15 minutos, nas próximas quatro horas de 30/30min, nas próximas seis horas de 1/1h. A coleta de material para exames laboratoriais acontece na admissão do paciente e na quarta hora de pós-operatório. Toda alteração deve ser comunicada imediatamente ao enfermeiro e médico intensivista. Atenção aos familiares que aguardam ansiosos: assim que tudo estiver sob controle, se rotina na instituição, permitir a visita dos mesmos ao paciente, mesmo que brevemente. Manter drenos com selo d'água – controle rigoroso. Pressurização do cateter de PAM com solução fisiológica + heparina (conforme rotina da instituição). Monitorização multiparâmetros contínua. Controle hidroeletrolítico rigoroso. Atenção especial as drogas vasoativas e antibioticoterapia. Estar atento a possíveis alergias e comorbidades.

4. MATERIAL E MÉTODOS

De acordo com a proposta de abordagem da pesquisa, esta se caracteriza como um Estudo Quantitativo Retrospectivo de Coorte. O estudo retrospectivo busca:

Informações em documentos e registros de eventos já acontecidos no passado. Delineia-se o período que será estudado o instrumento necessário para a coleta de dados e se determina a amostra necessária para a obtenção dos dados, supondo-se que já se tenha sido feita a escolha do local ou locais de coleta. (LEOPARDI, 2002, p.121).

Para HULLEY et al, 2008, p.117-118:

O delineamento do estudo de coorte retrospectivo difere do delineamento prospectivo pelo fato de que a montagem da coorte, as aferições basais e o seguimento ocorreram no passado. Esse tipo de estudo só é possível de houver dados adequados disponíveis sobre os fatores de risco e os desfechos em uma coorte de sujeitos montada por outros motivos.

A pesquisa foi realizada no Hospital São José, na cidade de Criciúma – SC, de razão social: Sociedade Literária e Caritativa Santo Agostinho. Esta instituição é um hospital referência em cirurgia cardíaca do extremo sul catarinense, atendendo todos os tipos de clientes: convênios, SUS e particular.

A UTI Cardiovascular é a unidade de internação que admite todos os pacientes no Pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas, todas as admissões neste setor são registradas em um livro específico, o qual serviu de fonte para obtenção do número de atendimento dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Após a obtenção destas informações foi realizada a coleta dos dados por meio do prontuário eletrônico do paciente, disponível no Sistema Tasy (sistema de informação da instituição).

O estudo foi realizado por meio de preenchimento de formulário específico com base nos dados obtidos através da análise do prontuário eletrônico do paciente. Foram analisados todos os prontuários dos pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio entre os meses de **julho a dezembro de 2012**.

Respeitou-se os critérios pré-estabelecidos, sendo estes: Critério de inclusão: Análise de todos os prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, podendo ou não estar associada a outra cirurgia cardíaca, como por exemplo, troca de válvulas; e os de exclusão: Prontuários de pacientes que não realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio. Prontuários de pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio mas que estejam incompletos, não atendendo os requisitos mínimos do formulário de pesquisa. Considerou-se ainda a possibilidade de não serem encontrados alguns prontuários.

Dentre os aspectos éticos, foram preservadas as identidades dos participantes da pesquisa, garantido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, respeitando sua autonomia e dignidade, de forma a evitar-se quaisquer danos aos mesmos, decorrentes do resultado da pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades ESUCRI, da cidade de Criciúma – SC e do Hospital São José.

Por ser uma pesquisa que também está relacionada com a população de modo geral, de forma indireta, visa respeitar seus valores éticos, morais, religiosos e culturais e sempre que possível, produzindo benefícios à mesma.

Primeiramente o Centro de Pesquisa da instituição encaminhou ofício a Enfermeira Coordenadora da UTI Cardiovascular, solicitando campo para pesquisa. Solicitado permissão para acessar o livro de registros do respectivo setor para obtenção do atendimento dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio durante os meses de julho a dezembro de 2012.

Após a obtenção do número de atendimento dos pacientes sujeitos da pesquisa, foi realizada a coleta de dados por meio do prontuário eletrônico do paciente, através do Sistema Tasy. A pesquisa foi norteada por formulário específico e realizada durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2013.

5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A partir dos dados coletados, foi realizada a análise dos resultados através da categorização, descrição e interpretação dos mesmos, procedimentos estes que podem ocorrer de forma não seqüencial. BARDIN (1979) apud MYNAIO (2007, p. 88) afirma que a categorização constitui-se como:

[...]uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

Após todo o processo de consolidação, análise e interpretação dos dados coletados foi elaborada a redação final desta pesquisa, a partir do qual objetiva-se poder contribuir com uma melhor qualidade de vida da população.

De acordo com a proposta de abordagem da pesquisa, esta se caracteriza como um Estudo Quantitativo Retrospectivo de Coorte. O estudo retrospectivo busca:

“informações em documentos e registros de eventos já acontecidos no passado. Delineia-se o período que será estudado o instrumento necessário para a coleta de dados e se determina a amostra necessária para a obtenção dos dados, supondo-se que já se tenha sido feita a escolha do local ou locais de coleta ” (LEOPARDI, 2002, p.121).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante registrar que visando preservar a identidade dos entrevistados, os pacientes foram identificados por números, de 1 a 97, conforme sequência da coleta dos dados.

Durante o período de julho a dezembro de 2012 fizeram cirurgia de revascularização do miocárdio 97 pacientes, em que obteve-se o seguinte quadro:

Tabela 1: Distribuição da idade, escolaridade, sexo e religião dos sujeitos da pesquisa:

	Nº	%
Faixa etária		
00 a 29 anos	00	00
30 a 39 anos	01	01
40 a 49 anos	08	08
50 a 59 anos	22	23
60 a 69 anos	37	38
70 anos e mais	29	30
Escolaridade		
Ensino primário incompleto	00	00
Ensino primário completo	50	52
Ensino fundamental incompleto	15	16
Ensino fundamental completo	10	10
Ensino médio incompleto	06	06
Ensino médio completo	10	10
Ensino superior incompleto	00	00
Ensino superior completo	02	02
Não alfabetizado	01	01
Não consta	03	03
Sexo		
Masculino	57	59
Feminino	40	41
Religião		
Católica	75	77
Evangélica	19	20
Adventista	01	01
Sem religião	01	01
Não consta	01	01

Pode-se constatar que o paciente mais jovem submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio durante o período estudado tinha 37 anos implantou 05 pontes, com 85' de CEC e 55' de clamp; o mais velho tinha 83 anos, tendo realizado uma cirurgia com 3 pontes, sem SEC. A faixa etária que aparece com maior frequência é a faixa etária de 60 a 69 anos, representando 38% dos pacientes. Em segundo lugar temos a faixa etária de 70 anos e mais, com 30% dos pacientes operados. Observa-se que não se pode considerar que quanto mais velho o paciente, maior o número de pontes implantadas. O paciente mais jovem tinha como fatores de risco a HAS e o fato de ser ex-tabagista. Vários fatores aqui não evidenciados podem ter influenciado na gravidade deste paciente, como sedentarismo, estresse, alimentação inadequada e herança genética, porém não pesquisados. Para CARVALHO e SOUZA (2001), o “esforço físico, estresse emocional, taquicardia ou hipertensão arterial associados à obstrução coronária alteram não só a demanda como a oferta de oxigênio, desencadeando isquemia miocárdica”.

Em relação à escolaridade, pode-se constatar que 52% dos pacientes tinham ensino primário completo. Com ensino superior apenas dois pacientes e não alfabetizado um paciente. Não constava a escolaridade de três pacientes. Em segundo lugar em relação ao maior percentual, aparece o ensino fundamental incompleto, com 16% do total. Isso nos leva a refletir sobre o baixo nível de escolaridade da grande maioria dos pacientes submetidos às cirurgias cardíacas, o que pode estar relacionado com a falta de conhecimento acerca do tema e de informação sobre fatores de risco para as cardiopatias.

Constatou-se que o sexo masculino aparece com maior frequência: 59% dos pacientes, sendo 41% do sexo feminino.

O item pesquisado religião destacou a religião Católica prevalente com 77% do total, em segundo lugar aparece a Evangélica com 20%.

Os tipos de cirurgia de revascularização do miocárdio realizadas durante o período estudado estão apresentados na figura abaixo.

Conforme figura 1, observa-se que a cirurgia mais comum no período foi a revascularização do miocárdio com três pontes, representando 35% do total. Em segundo lugar observamos a revascularização com quatro pontes (28%) e na sequência com duas pontes (13%). Citam-se ainda as revascularizações com uma ponte (6%), cinco pontes (6%), seis pontes (1%), CRM + plastia valvar (3%), CRM + ventriculectomia E (1%), CRM + troca valvar (4%), CRM por vídeo – uma ponte (1%), e Reop. de CRM 02 e 03 pontes (2%).

Do total de cirurgias, 72 foram realizadas com CEC e 25 foram realizadas sem CEC. O tempo de CEC mais extenso foi 210' com 80' de clamp, durante uma cirurgia de revascularização 3 pontes + ventriculectomia E, em um paciente de 43 anos, do sexo masculino, tendo como patologias associadas a HAS, 02 IAMs prévios, ICC, aneurisma de ventrículo E. Fator de risco: ex-fumante. O segundo maior tempo de CEC foi de 130' com 85' de clamp, em uma revascularização 4 pontes, em um paciente do sexo masculino, idade 46 anos, tendo como patologia associada a HAS e fator de risco: ex-fumante. Profissão: motorista de caminhão (sedentarismo). O menor tempo de CEC registrado no período foi de 30', com clamp de 15', em uma cirurgia com 02 pontes, em paciente masculino, 57 anos, hipertenso, ex-tabagista.

Figura 1: Tipo de cirurgia

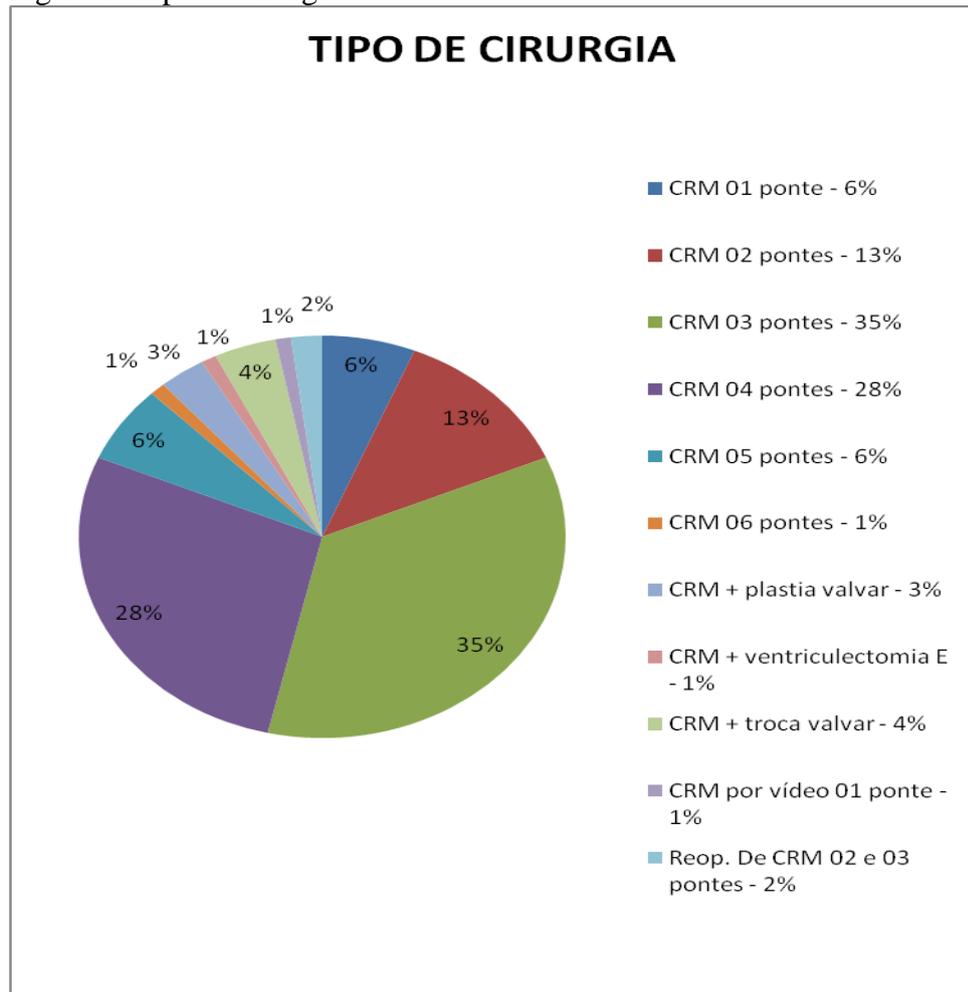


Tabela 02: Estado civil e profissão dos pacientes pesquisados

	Nº	%
Estado Civil		
Casado	68	70
Viúvo	13	14
Divorciado	08	08
Solteiro	04	04
Concubinado	03	03
Não consta	01	01
Profissão		
Aposentado	18	21
Do lar	06	06
Costureira	05	05
Motorista	04	04
Agricultor	03	03
Mineiro	03	03
Pedreiro	03	03
Doméstica	02	02
Metalúrgico	02	02
Operador	02	02
Serviços Gerais	02	02

Em relação ao estado civil destes pacientes, pode-se observar que 70% eram casados, 14% eram viúvos e 08% divorciados. Os solteiros representam apenas 4% do total e concubinados 3% .

Dentre as profissões foram listadas as que apareceram com frequência superior a um. As que foram citadas apenas uma vez e não aparecem no quadro são: comerciante, mestre de obras, vendedor, auxiliar administrativo, carpinteiro, soldador, corretor de seguros, autônomo, industrial, corretor de imóveis, lavador de veículos, vigia e gerente de produção. Não constava a profissão de 24 pacientes. Observa-se que a profissão que aparece com maior frequência é “Aposentado”, no entanto essa profissão está relacionada à idade dos pacientes, sendo que pacientes com 60 anos e mais representam 68% do total.

Tabela 03: Cidade de residência

	Nº
<i>Cidade</i>	
Araranguá	11
Capivari de Baixo	02
Cocal do Sul	02
Criciúma	39
Forquilha	03
Içara	06
Imbituba	02
Jaguaruna	03
Laguna	04
Siderópolis	05
Treviso	02
Tubarão	06
Urussanga	02

Dentre as cidades foram listadas as que apareceram com frequência superior a um. As que foram citadas apenas uma vez são: Turvo, Santa Rosa do Sul, Arroio do Silva, Morro da Fumaça, Orleans, Treze de Maio e Maracajá. Não constava a cidade de apenas um paciente. A cidade que aparece com maior frequência é Criciúma (39 pacientes), cidade que comporta a instituição pesquisada. Em segundo lugar aparece Araranguá (11pacientes), seguido de Içara (06 pacientes).

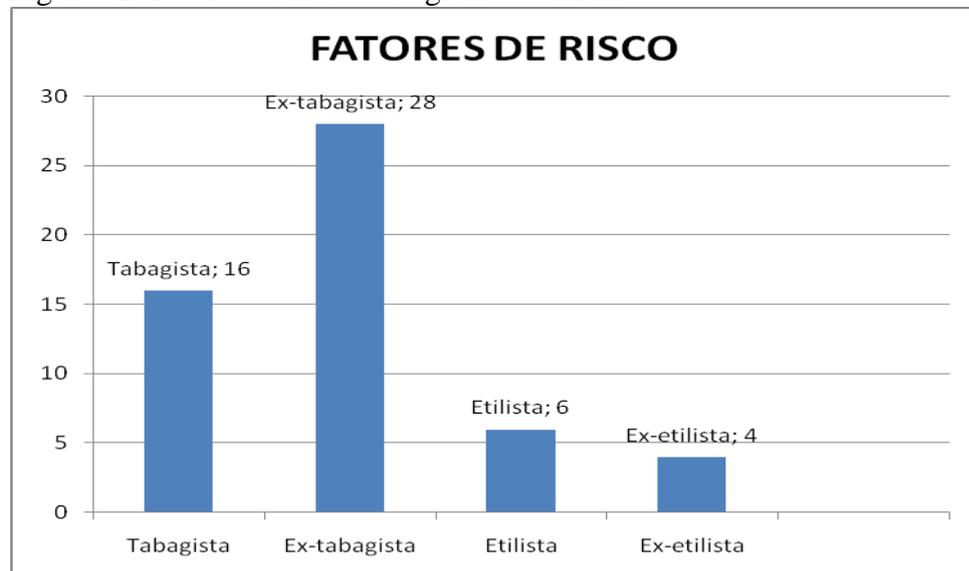
Tabela 04: Comorbidades/Patologias Associados

	Nº	%
<i>Comorbidades/Patologias Associadas</i>		
Aneurisma de Ventrículo Esquerdo	01	01
Angina Estável	09	09
Angina Instável	22	22
Angioplastia prévia	05	05
Arritmia	04	04
AVE	04	04
Cirurgia cardíaca prévia	02	02
DAC	18	19
Depressão	01	01
Diabetes Mellitus	41	42
Dislipidemia	20	21
Estenose aórtica	03	03
HAS	83	86
Hipotiroidismo	08	08

IAM	32	33
ICC	13	13
Insuficiência Aórtica	01	01
Insuficiência Arterial Periférica	01	01
Insuficiência Renal Aguda	01	01
Insuficiência Renal Crônica	01	01
Insuficiência Valvar	04	04
Obesidade	04	04
Paralisia Infantil	01	01

Dentre as comorbidades associadas a HAS aparece em 83 dos pacientes, sendo a mais significativa, o DM aparece 41 vezes, o IAM 32, a angina instável 22, a dislipidemia 20 vezes e a DAC aparece 18 vezes. A história familiar de cardiopatias tinha registro em apenas dois prontuários. Outras patologias podem ser observadas com mais detalhes no quadro acima.

Figura 02: Fatores de risco: tabagismo e etilismo



Tendo em vista a importância do etilismo e tabagismo como fatores de risco para as coronariopatias, o estudo revelou que 28 dos pacientes eram ex-tabagistas e 16 eram tabagistas ativos. Tem-se então um total de 44 pacientes em contato com o fumo (33 homens e 11 mulheres), representando 55% dos pacientes. Já em relação ao etilismo observou-se que 6 pacientes eram etilistas e 4 ex-etilistas, um total de 10 (todos homens), representando praticamente 10% do total. Cinco destes pacientes que tinham algum tipo de relação com o etilismo também o tinham com o tabagismo.

Um estudo de coorte retrospectivo (FEIER et al, 2005), realizado no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, envolvendo 307 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, isolada ou combinada com aneurismectomia de ventrículo esquerdo ou endarterectomia de artérias carótidas, alocou dois grupos, sendo um denominado INICIAL (pesquisou 153 pacientes operados entre outubro de 1991 e abril de 1992) e o outro denominado ATUAL (estudou 154 pacientes que realizaram o mesmo procedimento consecutivamente entre outubro de 2001 e abril de 2002). Neste estudo foram excluídos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio associada a troca ou

plastia valvar. Utilizou-se do grupo ATUAL para análise comparativa de alguns resultados. No estudo citado, em relação ao sexo do paciente obteve-se 71.4% do sexo masculino e 28.6% do sexo feminino. Em relação as patologias associadas e fatores de risco observou-se que a HAS estava presente em 66.9% dos pacientes, a dislipidemia em 28.6%, a insuficiência cardíaca em 27.3%, o IAM prévio em 56.5%, o AVC e 5.2%, o DM em 36.4%, o tabagismo em 63% e a insuficiência renal em 3% dos pacientes operados. A obesidade foi uma característica observada em 9.7%. Dados estes são representados no quadro abaixo:

Tabela 05: Comparativo entre estudos realizados em 2005 (RS) e 2013 (SC).

Patologia/fator de risco/característica	Estudo realizado em 2005 – RS	Estudo realizado em 2013 – Criciúma - SC
Sexo masculino	71.4%	59%
Sexo feminino	28.6%	41%
HAS	66.9%	86%
Dislipidemia	28.6%	21%
Insuficiência Cardíaca	27.3%	13%
IAM prévio	56.5%	33%
AVC	5.2%	04%
DM	36.4%	42%
Tabagismo	63%	55%
Insuficiência Renal	03%	02%
Obesidade	9.7%	04%

O comparativo permite observar que no RS o sexo masculino era prevalente; dentre os demais fatores observou-se ainda que no estado vizinho a dislipidemia, a insuficiência cardíaca, o IAM prévio, o tabagismo e a obesidade aparecem em proporções maiores, em contrapartida este estudo revelou que a HAS, o DM aparecem com maior frequência em nosso estado, quando utilizados os dados comparativos dos dois estudos. O AVC e a insuficiência renal aparecem com pequenas diferenças e em pequenas proporções. Vale ressaltar que a idade média do paciente operado no RS no período é de 62 (± 9.36) anos de idade, enquanto este estudo tem como idade média do paciente 60 (± 23) anos de idade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo pode-se constatar que o perfil do paciente submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, entre os meses de julho e dezembro de 2012, no Hospital São José, da cidade de Criciúma – SC vem de encontro com as hipóteses diagnósticas elencadas ainda no projeto da pesquisa.

O paciente tem como perfil idade igual e/ou superior a 60 anos de idade, representado 68% do total. O mais jovem 37 anos, o mais idoso 83 anos. Sexo masculino prevalente, com 59% do total, enquanto 41% feminino. Escolaridade baixa: 52% tinham apenas ensino primário completo, 16% concluíram o ensino fundamental, 10% ensino fundamental completo e 10% ensino médio completo. Curso superior apenas 2% do grupo estudado. Relaciona-se a baixa escolaridade com a falta de conhecimento acerca do tema e das questões relacionadas à prevenção em saúde. Católicos representavam 77% dos pacientes, enquanto apenas 20% evangélicos, dentre outros. Não se tem como hipótese a interferência da religião sobre as cardiopatias. O estado civil aparece com destaque para o paciente casado, que representa 70% do total, seguido do viúvo (14%), divorciado (08%) e solteiro(4%). Essa característica pode ser relacionada a idade dos pacientes, sendo que na maioria já idade avançada e vida pessoal estabelecida (casados), considerando-se ainda mais o avançar da

idade justifica-se a viuvez. No que se refere a profissão, mais uma vez relaciona-se com o fator idade, sendo que 21% do total eram aposentados. Do lar representavam 6%, costureiras % e motoristas 4%, dentro outras profissões com baixa porcentagem de citações. Dentre estas que apareceram com maior frequência, percebe-se que são profissões nos fazem pensar em sedentarismo e estresse, fatores estes que favorecem as cardiopatias e coronariopatias. Em relação à residência destes pacientes sua grande maioria são da cidade de Criciúma (39%), cidade sede da instituição de saúde pesquisada, seguido das cidades de Araranguá (11%), Içara(6%) e Tubarão (6%), cidades vizinhas, dentre outras. Dentre as comorbidades apresentadas pelo grupo, a HAS aparece 83 vezes, sendo a mais significativa, o DM aparece 41 vezes, o IAM 32, a angina instável 22, a dislipidemia 20 vezes e a DAC aparece 18 vezes. Vale destacar também o hipotireoidismo, disfunção glandular apresentada por 08 pacientes. Ressaltando a importância do etilismo e tabagismo como fatores de risco para as coronariopatias, o estudo revelou que 28 dos pacientes eram ex-tabagistas e 16 eram tabagistas ativos com um total de 44 pacientes em contato com o fumo (33 homens e 11 mulheres), representando 55% dos pacientes. Já em relação ao etilismo observou-se que 6 pacientes eram etilistas e 4 ex-etilistas, um total de 10 (todos homens), representando praticamente 10% do total.

A cirurgia mais comum no período foi a revascularização do miocárdio com três pontes, representando 35% do total. Em segundo lugar a revascularização com quatro pontes (28%) e na sequência com duas pontes (13%). Citam-se ainda as revascularizações com uma ponte (6%), cinco pontes (6%), seis pontes (1%), CRM + plastia valvar (3%), CRM + ventriculectomia E (1%), CRM + troca valvar (4%), CRM por vídeo – uma ponte (1%), e Reop. de CRM 02 e 03 pontes (2%).

Deste total, 72 foram realizadas com CEC e 25 foram realizadas sem CEC. O tempo de SEC mais extenso foi 210' com 80' de clamp, o segundo maior tempo de CEC foi de 130' com 85' de clamp. O menor tempo de CEC registrado no período foi de 30', com clamp de 15'.

Vale ressaltar que dentre as informações obtidas por meio deste estudo, as mais significativas são o alto índice de hipertensão e diabetes dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no período estudado. A idade não é limite, lembrando que o paciente mais velho tinha 83 anos. A busca por direitos iguais entre homens e mulheres também os aproxima no que se refere as coronariopatias e cardiopatias. A tecnologia permite cirurgias com cada vez maior tempo de duração, com 210' de circulação extracorpórea na cirurgia mais extensa estudada. É possível estabelecer medidas que melhorem estes índices, através da educação em saúde, da saúde preventiva. O SUS oferece atualmente medidas para atuação em todas as áreas da saúde, basta o comprometimento do profissional da saúde e o engajamento da população nas causas que visam à saúde e a qualidade de vida. Precisamos todos fazer nossa parte, enquanto cidadãos comuns e enquanto figuras da saúde brasileira.

8. REFERENCIAS

BONOTTO, Janete Marangoni; SANTOS, Cláudia Regina dos. **A relação do fumicultor com o uso do agrotóxico: estudo na localidade da Microbacia do Rio Morto, do município de Nova Veneza – SC.** SABER/ESUCRI. Revista Científica da Escola Superior de Criciúma. Criciúma – SC: 2013.

BRAILE, Domingo M.; GOMES Walter J. **Evolução da Cirurgia Cardiovascular. A Saga Brasileira. Uma História de Trabalho, Pioneirismo e Sucesso.** São Paulo, SP – Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/02.pdf> Acesso em 06/11/2012

CARVALHO Antônio C. C., SOUSA, José Marconi A. **Cardiopatia isquêmica.** Revista brasileira de Hipertensão, 2001. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/cardiopatia.pdf>. Acesso em: 13/04/2013.

FEIER, Flávia Heinz, et al. **Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio.** Revista Brasileira de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-97412005000300014. Acesso em: 20/04/2013

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: UFSC/Pós graduação de Enfermagem, 2002.

LISBOA, Luiz Augusto F. et al. **Evolução da Cirurgia Cardiovascular no Instituto do Coração: Análise de 71.305 Operações.** Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n2/06.pdf>. Acesso em 06/11/2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Pereira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria , método, criatividade.** 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OMS (2003). Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento,** 2003 Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

QUILICI, Ana Paula. et al. **Enfermagem em Cardiologia.** São Paulo: Atheneu, 2009.