****

**Cateterismo Cardíaco: Cuidados de enfermagem em pacientes na unidade de internação**

**Vinicius Costa Freire¹, Luciana de Oliveira da Silva², Gesliane Nascimento Alves3,**
**Antônia Clícia da Silva Ferreira4 Rithianne Frota Carneiro5**

¹Acadêmico de enfermagem no Centro Universitário UniFanor (viniciusfreire96@gmai.com)
²Enfermeira pelo Centro Universitário UniFanor (lucianaenfer27@gmail.com)
3Acadêmica de enfermagem no Centro Universitário UniFanor(gesliane1alves@gmail.com)
4Acadêmica de enfermagem no Centro Universitário UniFanor(cliciadesards@gmail.com)
5Docente no Centro Universitário UniFanor (rithiannefrota01@hotmail.com)

**Resumo: Introdução:** As doenças cardiovasculares são afecções crônicas degenerativas que causam preocupação no Brasil e no mundo devido a sua alta incidência nas mais variadas faixas etárias. Devido a sua alta incidência e mortalidade elevada, a Doença Arterial Coronariana (DAC), responsável por manifestações isquêmicas que dão início a uma síndrome coronariana aguda, devendo ser diagnosticada precocemente. A DAC apresenta muitas manifestações clínicas e, portanto, necessita avaliação minuciosa para sua confirmação, ou não. Suas manifestações incluem obstruções severas nas artérias coronárias sem a presença de sintomas, quadros de angina estável, instável, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e queixas de dor torácica inespecíficas. Objetivando assim verificar a assistência de enfermagem no cuidado ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco, a fim de identificar o perfil dos pacientes admitidos para realizar o procedimento e avaliar o nível de ansiedade dos pacientes antes da realização do exame. **Método:** Foi utilizado o método descritivo, exploratório, de natureza quantitativa e qualitativa a ser realizado por meio de um diálogo com o paciente seguindo um questionário semiestruturado, direcionando as perguntas para o procedimento com enfoque nas orientações, fatores de risco, fatores sociodemográficos. **Resultados:** A amostra deste estudo foi de 30 pacientes que haviam realizado cateterismo cardíaco na instituição hospitalar.  Os resultados foram divididos e a partir da análise realizada surgiram quatro categorias denominadas: Perfil sociodemográfico, fatores de risco, perguntas relacionadas ao procedimento e assistência de enfermagem. **Conclusão:** A importância dos dados colhidos nos remete a encontrar alternativas diante das dificuldades encontradas quanto às orientações de enfermagem, principalmente no período que antecede o procedimento invasivo. A otimização do tempo dispensado para suprir lacunas na comunicação certamente é uma delas.
**Palavras-chave:** Cateterismo cardíaco. Assistência de enfermagem. Doenças cardiovasculares.

**Área Temática:** Temas livres

1. **INTRODUÇÃO**

No contexto da saúde mundial, as doenças cardiovasculares destacam-se pelos elevados índices de morbidade e mortalidade. No Brasil, 300.000 brasileiros são vítimas dessas doenças por ano e essas são consideradas as maiores causas de óbitos em todo o país, independentemente da faixa etária, sendo também aquelas que acarretam maior ônus ao sistema de saúde (FIGUEIREDO, 2008).
 As doenças cardiovasculares são afecções crônicas degenerativas que causam preocupação no Brasil e no mundo devido a sua alta incidência nas mais variadas faixas etárias. (LESSA, 1998).
 Embora muitas das doenças cardiovasculares sejam evitáveis, suas proporções continuam a aumentar principalmente devido às medidas preventivas inadequadas. Em 2007, a principal causa de mortalidade no Brasil foi decorrente de doenças não transmissíveis (72%), entre elas, as doenças cardiovasculares. Atualmente, as doenças coronarianas de origem isquêmica são as de maior evidência. (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Com o desenvolvimento de estudos hemodinâmicos por intermédio de técnicas diagnóstico-intervencionistas, a taxa de mortalidade das coronariopatias diminuiu expressivamente. O cateterismo cardíaco, atualmente, é a técnica hemodinâmica diagnóstico-intervencionista mais realizada no mundo, representando cerca de 6.000 procedimentos por milhão de habitantes por ano nos países ocidentais (LIMA *et al.,* 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 75% de todas as doenças cardiovasculares (DCV) podem ser atribuídas a fatores de risco modificáveis como o tabagismo, alcoolismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e a obesidade. Entre os fatores não modificáveis estão o avanço da idade e gênero masculino (WHO, 2004). Sabe-se que em 2008, dos 57 milhões de óbitos no mundo, 36 milhões tiveram como causa doenças não transmissíveis e, destas, mais de 17 milhões de pessoas faleceram por DCV, isso representa 30% das mortes globais, sendo uma das principais causas de morte e de incapacidades (WHO, 2011).

As transformações ocorridas no perfil epidemiológico brasileiro, com maior número de doenças não transmissíveis, é conseqüência da urbanização, de mudanças de estilo de vida e da globalização. No entanto, a maioria das doenças não deve ser encarada como resultado inevitável desse modelo atual, mas algo que pode ser prevenido e, geralmente com pouco custo.

Devido a sua alta incidência e mortalidade elevada, a Doença Arterial Coronariana (DAC), responsável por manifestações isquêmicas que dão início a uma síndrome coronariana aguda, deve ser diagnosticada precocemente. A DAC apresenta muitas manifestações clínicas e, portanto, necessita avaliação minuciosa para sua confirmação, ou não. Suas manifestações incluem obstruções severas nas artérias coronárias sem a presença de sintomas, quadros de angina estável, instável, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e queixas de dor torácica inespecíficas.

 O cateterismo cardíaco é geralmente um procedimento eletivo, no qual o paciente cardiopata sintomático segue um protocolo de atendimento até a realização do procedimento e, para isso, deve ser previamente internado. O tempo de espera para realização do cateterismo cardíaco em pacientes hospitalizados pode ser a causa de grande estresse e angústia. Essas sensações estão diretamente relacionadas tanto à questão invasiva do procedimento, quanto à incerteza do resultado diagnóstico. (GRAZZIANO, 2008). Embora as técnicas não invasivas (eletrocardiograma, ecocardiograma, teste de esforço cardíaco) representem um papel importante, o cateterismo cardíaco permanece como um procedimento eficaz para avaliação e diagnóstico da doença coronária.

Vale destacar que aliado às condições clínicas do paciente, pode representar riscos potenciais a algumas complicações como arritmias, embolias, sangramentos e infecções no local de inserção do cateter, lesões nos vasos sanguíneos, alterações neurológicas, vasovagais, complicações isquêmicas, alérgicas e vasculares. Além dos riscos do procedimento em si, o paciente entra em contato com novas situações, movimentos, sons e experiências que podem ser ameaçadores durante sua estada na unidade de recuperação. (ROSSATO *et al.,* 2007).

A escolha do tema abordado se deu após avaliar que a população leiga necessita ser esclarecida em relação ao cateterismo cardíaco desmitificando opiniões errôneas já formadas. Essa vivência se deu, após a realização de um estágio extracurricular em uma unidade de referência cardiológica, onde foi vivenciada a rotina de pacientes internados a serem submetidos ao procedimento invasivo como o cateterismo cardíaco.

Estudos têm demonstrado que, apesar do crescente avanço tecnológico, e da utilização de técnicas contemporâneas de intervenção coronária, diagnóstica ou terapêutica, ainda são observados desconfortos relacionados aos procedimentos. As complicações relacionadas ao cateterismo cardíaco são os principais limitantes desta técnica diagnóstica, e podem variar desde eventos adversos leves e transitórios até eventos graves, como (IAM) ou morte. (CHANDRASEKAR *et al.,* 2001).

Os cuidados de enfermagem pré e pós procedimento devem ser direcionados para a prevenção e detecção precoce de complicações. Nesse sentido, as ações de enfermagem voltadas ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco são indispensáveis para o estabelecimento de condições seguras, além da promoção e adaptação à nova condição de vida destes pacientes. Diante do que foi mencionado quais ações/assistências específicas a equipe de enfermagem deve realizar para promoção, prevenção, recuperação do paciente.

Os cuidados de enfermagem com o paciente no preparo do ambiente e do material para a realização do procedimento, no monitoramento do status de saúde, bem como no cuidado direto do cliente, são indispensáveis principalmente nas primeiras 6 a 12 horas após o exame, ocasião em que o cliente está em repouso restrito ao leito devido à punção da artéria femoral. O enfermeiro como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar. Assim, a prática de formas sistematizadas de cuidar melhora a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde. (SWEARINGEN & HOWARD, 2002).

No dia a dia, nota-se que o enfermeiro tem grandes dificuldades para lidar com a ansiedade do paciente e da família no período pré-cateterismo cardíaco. Essa dificuldade pode até mesmo ser justificada ou agravada pela inexistência de condutas de enfermagem específicas voltadas ao suporte familiar. Frente a essa problemática, o profissional enfermeiro deve obter as melhores informações para que seja possível direcionar o cuidado, a fim de restringir os fatores estressantes, visando reduzir a ansiedade do paciente e dos familiares. (GRAZZIANO & BIANCHI 2004).

Nesse sentido, as ações de enfermagem voltadas ao paciente submetido a procedimentos de cardiologia invasiva são indispensáveis para o estabelecimento de condições seguras, além da promoção e adaptação à nova condição de vida destes pacientes e seus cuidadores. Diante disso, observou-se através dos dados pesquisados, que o papel do enfermeiro é de suma importância na assistência biopsicossocial do paciente, a fim de minimizar complicações inerentes ao procedimento abordado na pesquisa.

 Portanto, o objetivo do presente estudo foi compreender a assistência de enfermagem no cuidado ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco, a fim de identificar o perfil dos pacientes admitidos para realizar o procedimento e conhecer o nível de ansiedade dos pacientes antes da realização do exame.

**2**   **METODOLOGIA**

Utilizou-se nesse estudo o método descritivo, exploratório, de natureza quantitativa e qualitativa, a ser realizado por meio de um diálogo com o paciente seguindo um questionário semiestruturado, direcionando as perguntas para o procedimento com enfoque nas orientações, fatores de risco, fatores sociodemográficos e apoio prestado ao paciente no momento de sua procura a assistência da unidade hospitalar. De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade, etc. Ao final de uma pesquisa descritiva, você terá reunido e analisado muitas informações sobre o assunto pesquisado. Além disso, as pesquisas descritivas, têm como grande contribuição, proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

O objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco explorado, e ao final dela você conhecerá mais sobre aquele assunto, e estará apto a construir hipóteses. Por ser um tipo de pesquisa muito específica, quase sempre ela assume a forma de um estudo de caso (GIL, 2008). Segundo Fonseca (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Já os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

A pesquisa foi realizada durante o período de outubro de 2018, em um hospital de referência cardiológica em Fortaleza - CE, com fins lucrativos que está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde atende pacientes provenientes da emergência cardiológica, prestando assistência com uma equipe multiprofissional. No nível terciário de atenção à saúde, estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pela esfera privada ou pelo estado. O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso. Nessa etapa atuam médicos especialistas em áreas que exigem uma formação mais extensiva.

Foi utilizada uma amostra de 30 (trinta) pacientes admitidos na unidade coronariana, lotados no hospital terciário de referência cardiológica, que realizaram cateterismo cardíaco, que aceitaram colaborar com a pesquisa, pacientes com diagnóstico de dor torácica, angina estável, angina instável, angina pós-infarto, infarto agudo do miocárdio e com faixa etária de 25 e 65 anos.Os critérios de exclusão foram pacientes que se negaram a fazer a pesquisa, pacientes com faixa etária inferior a 25 e superior a 65 anos e pacientes instáveis.

A coleta de dados foi realizada individualmente por meio da aplicação de questionário semiestruturado e da assinatura do termo de consentimento e livre esclarecido. Como aceite da coordenadora dos setores da unidade hospitalar, foi mostrado a relevância e importância do estudo. Após isso, foi exposto aos pacientes, através de uma apresentação, os objetivos, a importância e a relevância do estudo para a área da saúde. Em seguida foi solicitado a cada paciente (participante) a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma do pesquisador e a outra do participante, e foi explicado sobre os riscos e sigilo da pesquisa e que o entrevistado poderia abster-se de participar a qualquer momento.

Os questionários foram transcritos na íntegra para análise. Os sujeitos foram identificados pela sigla PCT. de paciente, seguida do número correspondente a ordem de realização das entrevistas (PCT.1- PCT.30). Foram esquematizados dados pessoais, história pregressa de doenças cardiovasculares, doenças crônicas, se recebeu orientações e exemplificação do procedimento invasivo, se já ouviu falar em cateterismo cardíaco, se sabe ou conhece sobre o cateterismo cardíaco, dentre outros questionamentos. Além disso, os pacientes foram questionados sobre se estavam ansiosos com relação ao procedimento e com o resultado do exame.

Figura 1 - Perguntas relacionadas ao cateterismo cardíaco.



 Para a análise dos questionários, os dados foram quantificados a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22.0). Posteriormente estes dados foram submetidos à análise estatística com o auxílio de um estatístico e agrupados em tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados.

A análise foi dividida nas seguintes etapas: análise uni variada onde analisou-se a freqüência de cada questão pesquisada, fazendo uma comparação da característica da amostra, possibilitando assim verificar se foi levantado um número suficiente de casos para cada subgrupo. (WILL, 2011).

 A pesquisa ocorreu em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, dispostas na Resolução nº 466/2012. (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética Academia Cearense de Odontologia/Centro de educação Continuada com nº do comitê de: 00488918.5.0000.5034.

**3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O cateterismo cardíaco é um procedimento diagnóstico intervencionista comum, utilizado em pacientes que apresentam Síndrome Coronariana Aguda (SCA). Esse procedimento pode implicar uma série de complicações que devem ser identificadas e tratadas durante o período pós-exame (ROSSATO G, et al, 2007). Considerando-se as possíveis complicações, os profissionais de saúde tendem a valorizar o período pós-procedimento. Entretanto, o período que antecede o cateterismo cardíaco também merece um olhar diferenciado da equipe multidisciplinar, em especial, a equipe de enfermagem, visto que é a responsável pelo preparo e pelas orientações, estando mais próxima do paciente nesse momento. (GRAZZIANO ES, BIANCHI ERF, 2004).

Mediante análise dos dados dos 30 pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco, foi possível constatar a predominância do sexo feminino (57,3%), uma média de idade variando de 58-65 anos (70%), predomínio da cor branca (60%), maior incidência de indivíduos casados (70%), pequeno comerciante (36,7%) e aposentado (26,7%) com renda familiar de 1 e 2 salários mínimos (50%). Entretanto não se identificou diferença da realização do cateterismo entre os pacientes com escolaridade fundamental incompleto (66,7%) e ensino médio completo (10%).

A maioria da população deste estudo era idosa, do gênero feminino, com poucos anos de estudo e procedente de municípios vizinhos da cidade onde se localiza a unidade de emergência do hospital. Foi observado a idade avançada associada à ocorrência de eventos coronários adversos, assim como o baixo nível de escolaridade dos pacientes.

Os dados sociodemográficos encontrados confirmam os de outros estudos que apontam a idade acima de 50 anos como favorável ao aparecimento de doenças cardiovasculares. Nestes casos, a idade é um fator de risco importante, principalmente após os 55 anos, pois atua diretamente nas paredes das artérias, por meio de alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento, e indiretamente, por contribuir para um maior tempo de exposição a outros fatores de risco, que influenciam no desenvolvimento da doença. (MEIRA, 2004).

O sexo masculino apresenta maior risco de evento cardiovascular; contudo, o risco feminino tende a se igualar ao masculino, principalmente pela perda do efeito protetor do estrogênio, que se apresenta diminuído com a menopausa. (CONTI & ROCHA, 2005).

Estudos apontam que variáveis socioeconômicas como renda e escolaridade se correlacionam de forma negativa com mortalidade por DCV, (STEFFENS, 2003) evidenciando alto risco para nova hospitalização. Neste estudo, o baixo índice de escolaridade foi predominante, sendo 20 (66,7%) indivíduos com ensino fundamental incompleto.

Pessoas com menor escolaridade possuem menor conhecimento sobre a prevenção de doenças crônicas, podendo esta baixa escolaridade vir a contribuir para a dificuldade de compreensão das orientações médicas e de enfermagem relacionadas ao autocuidado e à adesão ao tratamento. (ROCHA *et al.,* 2007). Um estudo realizado aqui no Brasil demonstrou que a renda elevada e a formação superior conferem proteção para ocorrência de eventos cardiovasculares, destacando que as populações com menor renda apresentam índices mais altos para diversas causas de morte. (SANTOS & NORONHA, 2001).

O gráfico 1 ilustra que ampla fração dos participantes da pesquisa apresenta fatores de risco na linha de base identificados como importantes no plano de enfrentamento das doenças crônicas. Esta pesquisa possibilitou constatar o sedentarismo com predomínio de (60%), o tabagismo de pacientes que fumaram anteriormente e atualmente somam por (60%), etilismo (33%), hipertensão arterial (76,7%), diabetes (36,7%), dislipidemia (46,7%), angina (86,7%), pacientes que já tiveram infarto agudo do miocárdio (56,7%), que são acometidos com insuficiência cardíaca (36,7%) e os que já fizeram cirurgia cardíaca ou angioplastia representam (40%).

Gráfico 1 -Fatores de Risco na amostra dos 30 pacientes submetidos ao Cateterismo Cardíaco.



Em relação aos fatores de risco, a maioria dos pacientes apresentava sedentarismo, hipertensão arterial, etilismo e tabagismo. Estudos sobre síndrome coronária aguda reportam que a maioria dos pacientes infartados apresentou três ou mais fatores de risco e os mais predominantes eram: hipertensão arterial, etilismo e tabagismo (SOARES et al., 2009). Nesta pesquisa, o sedentarismo foi reportado por 60% dos pacientes e o tabagismo de pacientes que fumaram anteriormente e atualmente somam por 60%.

É importante ressaltar que, alguns dos fatores de risco prevalentes, descritos nesta pesquisa, podem ser modificáveis com a adesão de estilos de vida saudáveis. Porém, vem se reafirmando, a cada ano, a relevância em manter o foco na prevenção primária destas comorbidades (SAMPAIO & MUSSI, 2009).

O sedentarismo foi o fator mais prevalente entre homens e mulheres, representando 60% da amostra em estudo. Resultados aproximados foram obtidos em um trabalho semelhante que apontou um índice de sedentarismo de 71,3% na população estudada, que compreendeu uma amostra de 1.066 indivíduos (GUS *et al.,* 2002). A razão de taxas mais elevadas encontradas no presente estudo desse fator de risco pode ser atribuída à progressão da DAC, pois um percentual dos indivíduos deste estudo já apresentavam IAM prévio e angina prévia, condições essas que limitam a realização de atividade física na ótica dos pacientes. Embora a mídia, nos últimos anos, tenha contribuído para a conscientização da prática da atividade física regular para a promoção da saúde, os pacientes deste estudo não foram atingidos ou sensibilizados por tal apelo.

Quanto à HAS, neste estudo foi mais prevalente (76,7%), se comparado aos demais. Em estudo multicêntrico realizado no Brasil, a taxa de prevalência de HAS foi de 52,35%, relacionando-se à maior ocorrência de IAM (SILVA *et al.,* 1998). Estima-se que a explicação para o número expressivo de hipertensos encontrado no estudo deve-se a uma média de idade mais elevada (58-65), caracterizando uma amostra predominantemente de idosos, ao que se associa o fato de estes estarem sendo submetidos a procedimentos cardíacos invasivos.

Portanto, prevê-se que sejam acometidos por tal comorbidade há mais tempo, reproduzindo efeitos no sistema arterial. A isso se soma o elevado percentual de sedentários, neste estudo, o que contribui substancialmente para o controle inadequado da pressão arterial.

Em termos de saúde pública no país, muito já se avançou por meio do rastreamento cada vez mais efetivo das doenças crônico-degenerativas, como a HAS e o Diabetes Mellitus (DM), padronizando-se ações no âmbito nacional. No entanto, deve-se reconhecer que, apesar de todos os esforços implantados, ainda há muito a ser realizado. Se, por um lado, os índices apontam a queda de algumas morbidades, em outras, esses números superam-se a cada estudo, ressaltando assim, que as ações desempenhadas devem ser intensificadas e aprimoradas.

Em relação ao diagnóstico de internação hospitalar, a angina instável teve predominância de (80%), seguida de Infarto Agudo do Miocárdio (20%). Nos sintomas relatados, verificou-se pacientes com angina instável, dor torácica e irradiação para membro superior esquerdo, região epigástrica ou desconforto torácico com dispneia e sudorese súbita. Mesmo não havendo significância entre esse achado, pode-se dizer que pacientes com maior quantidade de sintomas, procuraram o serviço de emergência mais rapidamente do que aqueles com sintomas leves ou moderados que até mesmo se automedicam.

Reconhecer os sinais e sintomas do IAM ou já ter passado por uma experiência anterior de doença arterial, diminui significativamente o tempo de procura a emergência. Outra pesquisa indica que pacientes que demoram mais pela procura por atendimento médico têm maior prevalência de diabetes e angina prévia, além de menos história prévia de infarto, angioplastia coronariana ou cirurgia cardíaca. (FRANCO et al., 2008).

A associação entre DAC prévia e presença de sintomas na admissão esteve presente em 71,43% dos pacientes, sugerindo que possuíam conhecimento de tal sintoma e, portanto, chegaram mais rapidamente ao serviço de emergência. Pacientes que acreditam que seus sintomas estejam relacionados com seu coração buscam ajuda mais rapidamente do que aqueles que atribuem seus sintomas a outras causas (PERKINS-PORRAS, et al, 2009).
 Quando avaliado a assistência de enfermagem por meio das orientações essenciais dadas ao paciente no pós cateterismo cardíaco, (97%) receberam todas as instruções, tais como: não mobilizar o membro o qual foi realizado a punção, por 6 horas, para evitar hemorragias; se sentir dor no peito ou no local da inserção do cateter, chamar enfermeira; se sentir que o braço ou a perna onde foi colocado o cateter estiver frio ou adormecido, ou ainda se sentir calor ou umidade ao redor do local de inserção do cateter, solicitar assistência de enfermagem; orientado a quando receber alta hospitalar, evitar levantar objetos pesados ou submeter-se a grandes esforços físicos por um período médio de uma a duas semanas.

Ainda foi possível verificar entre os pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco -um dos exames diagnósticos invasivos mais realizados em Cardiologia-, o conhecimento sobre possíveis falhas no processo informativo, além de orientações sobre o exame, possibilitando subsídios para melhoria e implementação da prática assistencial por parte da equipe de enfermagem.

Foi identificado uma porcentagem de 80% de pacientes que estavam ansiosos para a realização do procedimento, cruzando com a informação de que dentre estes, 73,3% não tinha conhecimento sobre como se procedia o procedimento invasivo, pois não receberam tal informação/orientação. Entretanto, sabe-se que o paciente conhecendo todo o mecanismo do procedimento, é possível prevenir desconfortos durante e após o exame.

Em grande parte das vezes, a carência de informações claras sobre sua a condição de saúde dificulta a tomada de decisão pelo paciente quanto à realização de procedimentos médicos. Isso é mais contundente em exames diagnósticos invasivos, considerando que o cenário de desinformação aumenta a chance de ter percepção errônea da situação (LENZEN MJ, GAMEL CJ, IMMINK AW, 2002) e potencialmente pode piorar a evolução clínica.

 É importante ressaltar que se faz necessário elaborar estratégias que melhorem a comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes, e que se otimizem o fluxo de informações durante o agendamento do exame. A criação de programas educativos com orientações na admissão, como filmes, ações em grupos ou folhetos explicativos, são medidas que podem atenuar essas carências. Outra possibilidade de intervenção por parte da equipe assistencial nessa área, seria a criação de espaços para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações aos pacientes momentos antes dos exames ou procedimentos invasivos, como forma de reverter esse cenário de desinformação e facilitar o próprio atendimento hospitalar. A atuação da equipe de enfermagem é essencial nessa problemática, envolvendo educação e promoção da saúde, incluindo estratégias efetivas focadas nas mudanças comportamentais que venham a contribuir para a prevenção de novos eventos e para a aderência, a longo prazo, ao plano terapêutico.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A equipe de enfermagem, que é responsável pelos cuidados de pacientes que realizaram cateterismo cardíaco, deve conhecer as causas do nível de ansiedade bem como as estratégias para reduzi-las, proporcionando assim, uma assistência humanizada. Outro ponto importante é que a equipe deve ter como um dos principais objetivos o preparo do paciente, a fim de gerar uma recuperação mais breve, minimizando os traumas da hospitalização e do procedimento.

A importância dos dados colhidos nos remete a encontrar alternativas diante das dificuldades vivenciadas quanto às orientações de enfermagem, principalmente no período que antecede o procedimento invasivo. A otimização do tempo dispensado para suprir lacunas na comunicação certamente é uma delas.

Segundo estudos, as causas de ansiedade no período pré-cateterismo cardíaco são as possibilidades de intercorrências e/ou complicações durante o procedimento, complicações pós-procedimento, diagnóstico e possibilidade de mal prognóstico. Também está relacionada à falta de informação e/ou orientação e, principalmente, a tempo de espera.

Dessa forma, conclui-se que o conhecimento sobre o procedimento a ser realizado é insatisfatório em nosso meio, sendo necessária a elaboração de estratégias que melhorem a qualidade da comunicação entre a equipe assistencial e os pacientes.

**5 REFERÊNCIAS**

CONTI RAS, ROCHA RS. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. Rev Bras Med Trab. 2005.

CHANDRASEKAR B, DOUCET S, BILODEAU L, CREPEAU J, DEGUISE P, GREGOIRE J, ET AL. Complications of cardiac catheterization in the current era: a single-center experience. Catheter Cardiovasc Intervent. 2001;52:289-95.

FIGUEIREDO, A.C.R. Intervenções de Enfermagem pós Cateterismo Cardíaco: Protocolo baseado em evidências. Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2008.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCO B, RABELO RE, GOLDEMEYER S, SOUZA EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. Rev Latino am Enferm. 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUS I, FISCHMANN A, MEDINA C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2002.

GRAZZIANO, ES.; BIANCHI, ER. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiocoronariografia e seus acompanhantes. Rev Lat-Am Enf. 2004.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.

LENZEN MJ, GAMEL CJ, IMMINK AW. Anxiety and well-being in first-time coronary angioplasty patients and repeaters. Eur J Cardiovasc Nurs. 2002;1(3):195-201.

LIMA, LR.; PEREIRA, SV.; CHIANCA TC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. Rev Bras Enferm. 2006.

MEIRA LF. Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba / PR [dissertação de mestrado]. Curitiba (Pr): Universidade Federal do Paraná; 2004.

PERKINS-PORRAS L, WHITEHEAD DL, STRIKE PC, STEPTOE A. Prehospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-tohospital delay. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009;8(1):26-33.

ROSSATO G, QUADROS AS, LEITE RS, GOTTSCHAL CA. Analysis of in-hospital complications related to cardiac catheterization. Rev Bras Cardiol Invas. 2007.

ROCHA MS, CAETANO JÁ, SOARES E, MEDEIROS FL. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. Rev enferm UERJ. 2007.

SANTOS SM, NORONHA CP. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2001.

STABLES RH, BOOTH J, WELSTAND J, WRIGHT A, ORMEROD OJ, HODGSON WR. A randomised controlled trial to compare a nurse practitioner to medical staff in the preparation of patients for diagnostic cardiac catheterization: the study of nursing intervention in practice (SNIP). Eur J Cardiovasc Nurs. 2004;3(1):53-9.

SAMPAIO E S, MUSSI FC. Cuidado de Enfermagem: Evitando o Retardo Pré-hospitalar Face Infarto Agudo do Miocárdio. Rev Enferm UERJ[Internet]. 2009.

SILVA MAD, SOUSA AGMR, SCHARGODSKY H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. Arq Bras Cardiol. 1998.

SOARES JS, SOUZA NRM, NOGUEIRA FILHO J, CUNHA CC, RIBEIRO GS, PEIXOTO RS, et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2009;92(6):464-71.

STEFFENS AA. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. 2003.

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, AZEVEDO E SILVA G, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011.

SWEARINGEN PL, HOWARD CA. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. Tradução de Isabel Barduchi Ohl. 3ª ed. São Paulo (SP): Artmed; 2002.

WHO. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization (WHO). 2011.

WHO. The atlas of heart disease and stroke. Geneva. World Health Organization 2004.

WILL, D. E. M. Metodologia da Pesquisa Científica. Livro digital, UNISULVIRTUAL, Palhoça, 2011.