



ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM CASO DE DISSECÇÃO AÓRTICA TIPO II: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LETÍCIA GRAZIELA LOPES FRANÇA SOUSA; THAYRINE CARDOSO BRANDÃO;
LÁISA REBECCA SOUSA CARVALHO; ALANA GABRIELA DE ARAÚJO PASSOS;
IVONIZETE PIRES RIBEIRO

RESUMO

Introdução: Este trabalho apresenta o manejo multidisciplinar de um paciente de 37 anos, admitido em unidade de terapia intensiva (UTI) com diagnóstico de dissecção aórtica tipo II (DeBakey). A partir do relato de experiência, destaca-se a abordagem integrada de enfermagem, psicologia e fisioterapia no tratamento, bem como os desafios éticos e clínicos diante da decisão do paciente de evadir-se do hospital antes da cirurgia. O caso ilustra a relevância de estratégias de cuidado humanizado para suporte emocional e técnico em situações de risco de vida. Este trabalho visa relatar a vivência acerca de um caso de evasão de um paciente com aneurisma de aorta torácica. **Relato de Experiência:** Trata-se de um relato de experiência realizado a partir das vivências multiprofissionais na UTI, com abordagem observacional e descritiva. **Discussão:** Durante a internação, observou-se ansiedade elevada e dificuldade de adaptação ao ambiente hospitalar, potencializadas pela superproteção familiar. Evidencia-se também a atuação da equipe multiprofissional no contexto de um programa de residência em terapia intensiva onde, apesar das abordagens integradas, o paciente decidiu evadir-se do hospital, optando por realizar o tratamento na rede particular, evidenciando, dessa forma, os desafios éticos no respeito à autonomia e na adesão ao tratamento. O relato destaca a importância de estratégias humanizadas e o papel da equipe multidisciplinar na assistência a pacientes críticos. **Conclusão:** A equipe multidisciplinar enfrentou desafios para equilibrar a orientação técnica com o respeito ao princípio da bioética de autonomia, ilustrando a complexidade do manejo de pacientes com doenças graves na UTI e reforçando a necessidade de abordagens integradas.

Palavras-chave: Aneurisma Aórtico; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidade de Terapia Intensiva

1 INTRODUÇÃO

O aneurisma de aorta é caracterizado pela dilatação e enfraquecimento de uma porção da artéria, o que eleva o risco de ruptura ou laceração de sua parede, podendo levar à dissecção ou à quebra do tecido adjacente, pode se manifestar repentinamente por meio de uma dissecção ou ruptura aguda, sem qualquer sintoma prévio. A dissecção ou ruptura do aneurisma aórtico tende a ser mais comum durante atividades físicas intensas, que provocam um aumento abrupto na pressão arterial (Braverman *et al.*, 2015; Delsarte *et al.*, 2016).

O aneurisma de aorta torácica pode ser classificado em três tipos, conforme a Classificação de Bakey, sendo eles: tipo I (aneurisma que envolve a aorta ascendente, o arco aórtico e a aorta descendente), tipo II, quando afeta apenas a aorta ascendente e tipo III (aneurisma que envolve a aorta descendente).

O tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta torácica pode ser realizado tanto pelo método endovascular como no tratamento convencional, caracterizado pela interposição de próteses após ressecção dos aneurismas. Se o aneurisma afetar as artérias principais que se

ramificam do arco aórtico (como carótida, subclávia, braquiocefálica), o cirurgião pode realizar uma reconstrução das artérias utilizando enxertos, a fim de evitar a isquemia de órgãos vitais como o cérebro e os membros superiores. Após a ressecção e substituição do aneurisma, o cirurgião verifica a hemostasia (controle de sangramentos) e reestabelece a circulação normal (Rojas *et al.*, 2005).

O presente manuscrito tem o objetivo de relatar a experiência de residentes em em programa de terapia intensiva, acerca da assistência multiprofissional prestada a um paciente, na rede pública de saúde, enfocando aspectos técnicos, bioéticos e humanos do atendimento intensivo.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se do caso do paciente, F. I. R. C, sexo masculino, inicialmente internado na UTI II, admitido às 9 horas do dia 19 de novembro de 2024, proveniente do município de Luzilândia, via regulação para tratamento de aneurisma dissecante de aorta tipo II (de Bakey). Ele relatou ter ciência da cardiopatia desde a infância, mas que desconhecia o detalhamento do diagnóstico e nunca concluiu avaliação especializada. Chegou ao hospital em bom estado geral, consciente e orientado, respirando espontaneamente em ar ambiente, com dispnéia aos pequenos esforços segundo evoluções, hemodinamicamente estável, sem necessidade de droga vasoativa.

O paciente referiu saber do seu diagnóstico desde a infância, porém o médico que o diagnosticou não indicou cirurgia e recomendou observar o surgimento de algum sintoma durante seu desenvolvimento, o mesmo não apresentou sintomas até o momento da internação. Já na fase adulta em consulta e exames de rotina, ele e sua família foram surpreendidos com a gravidade do seu quadro atual após realizar uma tomografia de tórax e abdômen com contraste no dia 30/10/24, que evidenciava um crescimento importante do aneurisma (extensão cerca de 7,6 cm e diâmetro transverso de 6,2 cm). Desde então, estava aguardando regulação para realizar cirurgia em um Hospital Público, no município de Teresina- PI. No dia 20/11/2024, foi transferido para a UTI IV sem intercorrências ou alterações do quadro clínico.

Dia 21/11/2024, paciente permaneceu internado sem alterações no quadro clínico e nos sinais vitais, do ponto de vista funcional, foi sedestado na poltrona mediante liberação da médica plantonista, no mesmo dia foi agendado um Ecocardiograma e realizado angio tomografia com contraste, evidenciando o aneurisma de aorta torácica em dimensões compatíveis com o exame previamente realizado em meio externo. Atualmente, a angiotomografia (ATG) multislice é amplamente reconhecida como o exame de escolha para o diagnóstico e a avaliação anatômica da aorta, sendo disponível em diversos centros médicos. Este exame se destaca por sua elevada sensibilidade e especificidade, além de ser rápido e pouco invasivo (Metzger *et al.*, 2013).

Seguindo em acompanhamento na UTI IV, no dia 22/11 paciente foi avaliado pela equipe multiprofissional, aguardando ecocardiograma e em seguimento com a cardiologia, mantido em repouso no leito, sem queixas e demandas da função respiratória, apesar de histórico na regulação referir dispnéia aos mínimos esforços e uso de cateter nasal. Paciente apresentou diante do exame físico cardíaco: ausculta cardíaca com presença de sopro holossistólico.

Os sopros sistólicos são classificados conforme sua duração ao longo da sístole, podendo ser mesossistólicos, holossistólicos, protossistólicos e telessistólicos. Podem variar desde casos considerados inocentes, como os sopros não relacionados a lesões cardíacas estruturais, até condições com prognóstico grave, como a estenose aórtica. Dentre os diferentes tipos, os sopros mesossistólicos e holossistólicos são os mais frequentes, uma dica prática para distinguir é observar a segunda bulha cardíaca: os sopros mesossistólicos perdem

intensidade antes da segunda bulha, enquanto os holossistólicos se estendem até a segunda bulha, ofuscando-a. (Filho, Schmidt, Maciel, 2004)

No dia 23/11 às 16 horas o paciente decidiu evadir-se do hospital por vontade própria. Em relatos da equipe, a médica plantonista foi chamada para conversar com o paciente, pois o mesmo manifestou a vontade de ir embora do hospital, sem aguardar o tratamento para correção do aneurisma. Em evolução a médica relatou, que explicou para o paciente diante da presença da Sra F.I (irmã) e F.M (mãe) a gravidade do caso, sendo uma doença ameaçadora à vida, explicando que o mesmo já estava regulado para o hospital universitário da capital, para seguir com a equipe da cirurgia cardíaca. Menciona ainda que, o paciente seguiu relutante, afirmando que não queria aguardar pelo procedimento via SUS, e que faria o mesmo via particular, assumindo todos os riscos. Os familiares presentes informaram que o paciente estava decidido e respondia por si, portanto não iriam impedi-lo de evadir-se do hospital.

3 DISCUSSÃO

A atuação da enfermagem para o paciente cardiopata com aneurisma de aorta torácica envolve cuidados desde a observação de sinais e sintomas até o pós-operatório de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico. A enfermagem deve estar atenta aos sinais e sintomas do paciente, como dor torácica, dificuldade respiratória, ou até sintomas súbitos como perda de consciência, que podem indicar complicações graves (ruptura ou dissecação da aorta). A anamnese completa, com identificação de fatores de risco como hipertensão, histórico familiar e doenças cardiovasculares, é essencial.

Um dos sinais vitais em que a equipe de enfermagem precisa estar atenta é a pressão arterial não invasiva. A hipertensão é um dos maiores fatores de risco para a progressão do aneurisma. A enfermagem deve monitorar regularmente a pressão arterial, administrar medicamentos conforme prescrição (como betabloqueadores e inibidores da ECA), e fazer o trabalho de educação em saúde para os pacientes sobre a importância do controle da pressão arterial e da adesão ao tratamento medicamentoso após o período de internação, como plano de alta (Silva *et al.*, 2023).

No caso de intervenções cirúrgicas, como a reparação do aneurisma, o papel da enfermagem é fundamental para monitorar sinais vitais, sinais de infecção, controle da dor, e prevenção de complicações pós-operatórias, como trombose ou complicações respiratórias. Na unidade coronariana, a assistência de enfermagem se concentra no acompanhamento dos pacientes durante os estágios mais críticos, especialmente no período pós-operatório, quando o paciente pode ter sido submetido ao uso de circulação extracorpórea. Considerando que esse procedimento envolve alta complexidade e pode gerar alterações hemodinâmicas, a equipe de enfermagem desempenha um papel crucial, sendo essencial para proporcionar uma resposta assistencial rápida e completa a cada paciente presente na unidade (Reisdorfer & Mancia, 2021).

A mobilização de paciente com aneurisma aórtico, não constitui-se contraindicação absoluta, no entanto, em dilatações maiores de 55 mm é recomendado repouso. No caso vivenciado e relatado neste trabalho o paciente não possuía queixas respiratórias, uma vez que, durante sua internação permaneceu em respiração espontânea em ar ambiente, com padrão respiratório toracoabdominal, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de desconforto respiratório. Na ausculta pulmonar, som pulmonar presente em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios. Boa saturação, eupnéico e sem queixas no que tange o sistema respiratório.

Do ponto de vista musculoesquelético, possuía movimentação ativa nos 4 membros, força e trofismo muscular preservados, independente funcional, sendo classificado em nível 10 da escala IMS (International Motor Scale) é utilizada para avaliar a mobilidade em Unidade de Terapia Intensiva, consta de uma pontuação crescente indo de 0 (ausência de

movimento ativo) até 10 (deambulação independente sem auxílio) (Lemos *et al.*, 2023).

As condutas tomadas para com o paciente, dizem respeito ao monitoramento de sinais, avaliação de exames laboratoriais e de imagem, vigilância pneumofuncional e cardiológica, considerando que a equipe médica definiu que o mesmo mantivesse repouso no leito. Vale ressaltar que numa fase posterior, sendo realizada a cirurgia corretiva, a fisioterapia atuaria no pós operatório na reabilitação cardíaca.

Segundo a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP, 2019), a Reabilitação Cardíaca (RC) é um programa estruturado que visa melhorar a saúde cardiovascular e a qualidade de vida de pacientes com doenças cardíacas. Ela é geralmente dividida em quatro fases, sendo progressiva: fase I, consiste pós operatório imediato), cujo objetivo é prevenir complicações, geralmente ocorre durante a hospitalização, podendo durar de 3 a 7 dias, tem foco na mobilização precoce.

Taylor *et al.*, (2011), afirma que a fase II (ambulatorial supervisionada), baseia-se em exercícios monitorados e educação em saúde, promovendo melhorias significativas na capacidade funcional e redução de fatores de risco. Fase III (manutenção), prática de exercícios com menor supervisão, visando consolidar os ganhos e por fim fase IV que foca no autocuidado a longo prazo, com menor suporte profissional.

Quanto ao acompanhamento psicológico teve foco no período pré-operatório e na organização egóica do paciente para o procedimento. A psicoprofilaxia cirúrgica é bastante utilizada nesse momento com objetivo de desmistificação de crenças irreais e questões que emergem diante de procedimentos cirúrgicos. Os significados que o indivíduo atribui à circunstância colaborará ou dificultará o processo. Uma adequada compreensão dos procedimentos, no qual será submetido, contribui para o controle da ansiedade, angústia e medo (Sebastiani et al., 2005; Quintana et al., 2012; Grisa et al., 2015).

Foi realizado então, o acolhimento inicial com o paciente, onde apresentava reações emocionais de preocupação e ansiedade, manifestando algumas fantasias diante do procedimento que iria ser realizado. Além disso, viabilizou-se uma conferência com os familiares F. e I. (irmãs) que estavam acompanhando o paciente na internação, pois as mesmas apresentaram-se aflitas e com dúvidas diante do procedimento cirúrgico e a internação na UTI. Durante a conferência estavam presentes o coordenador da UTI, o médico plantonista, assistência social e o psicólogo residente. Os familiares demonstraram compreender a gravidade do quadro e as informações repassadas pela equipe.

Durante sua internação e os atendimentos realizados pela psicologia, ficou evidente que o paciente estava com reações emocionais de medo e preocupação, que são reações esperadas, diante dos riscos do procedimento cirúrgico e gravidade da sua doença. Apresentou também, dificuldade de adaptação ao ambiente intensivo, por ser sua primeira experiência de internação hospitalar, juntamente com a ruptura da sua rotina diária, visto que era uma pessoa ativa e funcional.

O perfil do paciente cardíaco é comumente discutido por autores, e estudos mostram que a impaciência e irritação constantes desses sujeitos escondem o caráter agressivo dessa personalidade, que geralmente é reprimido ou negado, resultando em um estilo de vida que comumente fará mal para o coração. São comportamentos autodestrutivos que além de inclinados a uma conduta de risco permanente, estimulam a liberação excessiva de substâncias que causam disfunções, como: arritmias, hipertensão arterial, necrose miocárdica, insuficiência cardíaca, entre outras (Campos, 2010).

As senhoras F.I (mãe) e F.M (irmã), se revezavam durante as visitas presenciais, foi observado uma atitude protetora com relação ao paciente, onde o mesmo apresentava uma postura passiva e o comportamento infantilizado na presença de ambas, discordante de quando o paciente não estava na presença dos familiares. A Sra. F.I (mãe) demonstrou isso através de uma fala durante um atendimento “depois que descobri que ele (paciente) tinha

uma alteração cardíaca, durante a sua infância eu solicitava para os irmãos ficarem o observado, caso ele apresentasse algum sintoma”, observa-se que esse medo da mãe foi introjetado nas irmãs que apresentam também o comportamento de superproteção.

Visto que os familiares ainda tinham dúvidas em relação à cirurgia do paciente foi agendada uma conferência com o coordenador da UTI cardiológica para o dia 25/11, porém o paciente decidiu evadir-se no dia 23/10/24. Nesse caso, a psicologia deve respeitar o princípio bioético da autonomia do sujeito, garantindo que as informações do quadro clínico e tratamento cheguem de forma clara e acessível ao paciente

4 CONCLUSÃO

A decisão do paciente de deixar o hospital ressalta a importância do princípio bioético da autonomia, mesmo frente a uma condição de risco de vida. A equipe multidisciplinar enfrentou desafios para equilibrar a orientação técnica com o respeito à vontade do paciente. A ansiedade elevada e a dinâmica familiar protetora foram determinantes no comportamento do paciente, exigindo abordagem sensível e esclarecedora por parte da equipe.

Este caso ilustra a complexidade do manejo de pacientes com doenças graves na UTI, reforçando a necessidade de abordagens integradas. O respeito à autonomia, associado ao suporte técnico e emocional, é essencial para promover decisões conscientes, mesmo em situações adversas.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia: mecanismos de somatização e meios de reagir ao estresse. In: **Psicossomática hoje** (2. ed.), cap. 23, p. 318-342. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAILY, P. O.; RIZZO, J. A. Aneurysms of the thoracic aorta. **Journal of Vascular Surgery**, v. 49, n. 5, p. 1164-1175, 2009. DOI: 10.1016/j.jvs.2008.12.053.

GRISA, G. H.; MONTEIRO, J. K. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 111-130, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n1/v8n1a09.pdf>.

LEMOS, Mayra Vitoria Fernandes et al. Conhecimento e aplicabilidade de escalas funcionais por fisioterapeutas intensivistas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 13, p. e5272, 2023. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.2023.e5272. Acesso em: 27 nov. 2024.

METZGER, P. B. et al. Avaliação da realização pré-operatória da angiotomografia associada a angiografia convencional versus angiotomografia apenas no tratamento endovascular das doenças da aorta. **Revista Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 265-272, set./out. 2013.

PAZIN, F. A.; SCHMIDT, A.; MACIEL, B. C. Ausculta cardíaca: bases fisiológicas - fisiopatológicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, p. 208-226, jul./dez. 2004.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 17-32, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n2/v10n2a03.pdf>.

REGIS, B. N. et al. Ansiedade, depressão e doença cardiovascular em jovens adultos: uma

revisão da literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, p. 91-100, 2016. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2490. DOI: 10.18316/2317-8582.16.22.

REISDORFER, A. P.; LEAL, S. M. C.; MANCIA, J. R. Nursing care for patient in post operatory heart surgery in the Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, 2021.

ROJAS, S. S. O. et al. Correção dos aneurismas da aorta torácica e toracoabdominal: técnica de canulação central. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Barueri - SP, v. 84, n. 4, p. 297-303, abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xXqjP9mbbxd8TSgkqhS3XK/>. Acesso em: 27 nov. 2024.

SILVA, K. J. O. et al. Assistência de enfermagem na unidade coronariana a pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. 1-7, jan./fev. 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.401441. Acesso em: 27 nov. 2024.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SOCESP). Reabilitação Cardiovascular com Ênfase no Exercício Físico para Pacientes com Doença Arterial Coronariana: Visão Crítica do Cenário Atual. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 29, n. 3, p. 303-308, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/>. Acesso em: 27 nov. 2024.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 20, Suppl. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>. DOI: 10.1590/S0102-86502005000700010.

TAYLOR, R. S. et al. Exercise-Based Rehabilitation for Patients with Coronary Artery Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2011. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/>. Acesso em: 27 nov. 2024.