

PÓS-OPERATÓRIO DOMICILIAR DE CIRURGIA CARDÍACA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES

Tania Valéria Ferreira dos Santos¹, Tatiana da Silva Melo Malaquias², Julia Trevisan Martins³,
Patricia Aroni⁴, Sonia Silva Marcon⁵, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções dos pacientes acerca do pós-operatório domiciliar de cirurgia cardíaca. **Método:** estudo exploratório, descritivo, qualitativo, que empregou como referencial a teoria da antropologia médica, baseada no modelo explicativo de doença de Kleinman. Os participantes foram selecionados por conveniência, e os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, as quais foram gravadas. As informações foram submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** participaram da pesquisa 13 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Identificaram-se duas categorias com suas subcategorias, nomeadas de facilidades e de dificuldades nos cuidados domiciliares no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Considerações finais:** as percepções dos pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca foram permeadas por facilidades, viabilizadas pelas orientações que receberam dos profissionais de saúde, durante a hospitalização, mas também tiveram dificuldades relacionadas ao processo de recuperação pós-cirúrgica. As orientações para a alta hospitalar foram primordiais para que os cuidados nos domicílios fossem realizados com mais segurança, promovendo uma melhora mais rápida.

Descritores: Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos; Cuidados Pós-Operatórios; Alta do Paciente.

¹Hospital Norte Paranaense. Arapongas, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-8470-6796

²Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-5541-441X

³Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-6383-7981

⁴Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-5092-2714

⁵Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0002-6607-362X

⁶Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. ORCID: 0000-0001-7564-8563

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são definidas como os males que afetam a anatomia e/ou o funcionamento do coração, veias e artérias, e representam 31% de todas as mortes no mundo, configurando-se como a principal causa de óbito entre os países em desenvolvimento⁽¹⁾. No Brasil, cerca de 30% de todos os óbitos anuais são decorrentes de doenças cardiovasculares. As desigualdades socioeconômicas brasileiras contribuem para que os índices de mortalidade por doenças não transmissíveis sejam elevados, especialmente as DCVs⁽²⁾. Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 300 mil indivíduos por ano sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ocorrendo óbito em 30% desses casos. Estima-se que até 2040 haverá um aumento de até 250% desses eventos no país⁽³⁾.

As DCVs podem ter tratamento clínico/medicamentoso ou cirúrgico, e a segunda opção reflete em importantes alterações orgânicas e fisiológicas nos pacientes. As cirurgias cardíacas (CCs) mais comuns são a revascularização do miocárdio (RM) e a correção de doenças valvares, ambas sendo intervenções complexas⁽⁴⁾.

A CC é um procedimento tido como de alta complexidade, invasivo e de grande porte; seu objetivo é reestabelecer a capacidade funcional do coração com diminuição dos sintomas, permitindo que o paciente retome sua rotina diária. A escolha por este tipo de intervenção ocorre quando há maior expectativa de vida, quando comparado ao tratamento clínico⁽⁵⁾.

O pós-operatório imediato (24 horas após a cirurgia) e parte do mediato (transcorridas as 24 horas pós-cirurgia) das CC acontecem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) visando uma melhor recuperação do paciente e acesso às intervenções e tecnologias necessárias para o sucesso do tratamento⁽⁶⁾.

Os pacientes em pós-operatório (PO) de CC necessitam de práticas assistenciais específicas, seguras e contínuas, como a manutenção da estabilidade hemodinâmica, controle hidroeletrólítico, prevenção de infecções, entre outros. Isto exige da equipe multiprofissional um plano de cuidados individualizado e holístico, o que, por sua vez, aumentará a qualidade da assistência prestada, conseqüentemente, diminuindo o risco de complicações no PO⁽⁷⁾. Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul identificou que as complicações mais comuns em até 72 horas pós-CC foram débito urinário (38,9%), seguido de arritmias (22,2%), hipertensão (18,7%), hipotensão (17,1%) e hipocalcemia (15,1%)⁽⁸⁾.

Assim, é necessária uma assistência de enfermagem que abranja desde o PO até a alta hospitalar. No tocante ao preparo para a alta hospitalar, são cruciais um planejamento e educação em saúde para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio, visando diminuir os agravos à saúde, bem como atenuar os possíveis sentimentos de insegurança e medo dos pacientes e familiares⁽⁹⁾.

Há ainda a ausência de uma estratégia sistemática de educação para a alta hospitalar, baixa qualidade das orientações prestadas, bem como relatos de pacientes com dúvidas sobre quais são os cuidados e como desempenhá-los. Assim, é preciso assegurar os pacientes por meio da implementação de orientações capazes de prepará-los para o desenvolvimento de ações de autocuidado⁽¹⁾.

Diante do exposto, formula-se a seguinte pergunta: Como os pacientes percebem o PO no domicílio, após terem sido submetidos a CC? Para responder a essa indagação, traçou-se como objetivo conhecer as percepções de pacientes sobre o pós-operatório domiciliar de cirurgia cardíaca.

MÉTODOS

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 4.439.431 e CAAE: 39664920.4.0000.0104, seguindo todas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o anonimato, a identificação dos participantes foi codificada com a letra E, de entrevistado, e a numeração de 1 a 13, como se segue: E1, E2, E3...

O estudo foi realizado com pacientes que realizaram cirurgia cardíaca em um hospital situado no norte do Estado do Paraná. O hospital oferece 131 leitos, sendo 46 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 43 para apartamentos e 42 para enfermarias, tendo uma alta demanda de CCs. Cabe destacar que a autora principal (primeira autora) da presente pesquisa integrava o quadro de enfermeiros do hospital no qual foi realizada a pesquisa, e que os dados não foram coletados enquanto exercia suas funções laborais, visto que os dados referem-se ao período pós alta hospitalar.

Foram incluídos no estudo pacientes adultos (maiores de 18 anos) que realizaram cirurgia cardíaca e que receberam alta hospitalar em até 72 horas. Foram excluídos os que não estavam orientados auto e alopsiquicamente para responder às perguntas.

Os participantes foram selecionados por amostragem de conveniência e o número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados, compreendido como o momento em que os dados mostram consistência teórica para responder ao objetivo proposto, ocorrendo quando os dados coletados deixam de ser novos, configurando-se uma estrutura comum sobre o fenômeno estudado⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2021. Os participantes responderam às perguntas da entrevista por via telefônica e individualmente, sendo agendadas previamente. No início da entrevista, foram informados os objetivos do estudo e solicitou-se o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe destacar que, durante a ligação telefônica, não se indagou o local onde o participante se encontrava, mas foi questionado se estava confortável e em local restrito.

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, sendo todas gravadas, com a anuência dos participantes, e tiveram duração de aproximadamente 20 minutos. Posteriormente, os dados foram digitados na íntegra em arquivo de texto no *Word*. Destaca-se que a coleta de dados foi realizada por meio da seguinte questão norteadora: “Fale-me como tem sido o pós-operatório da cirurgia cardíaca após a alta hospitalar em seu domicílio”. Ainda se levantaram dados para caracterizar os participantes: idade, sexo, estado civil, com quem residia e procedimento realizado. Enfatiza-se que a questão

norteadora não passou por uma comissão de juízes para ser avaliada, visto que, em pesquisa qualitativa, o entrevistador tem a liberdade de conduzi-las de forma a atender o que se deseja com as mesmas. A literatura⁽¹¹⁾ ressalta que o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para direcionar, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Utiliza-se este tipo de entrevista quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

Os dados foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁰⁾, que permite, de forma sistemática, a descrição dos discursos e das atitudes associadas ao contexto da enunciação. A análise de dados foi realizada manualmente, sem a utilização de um *software*. Na etapa de pré-análise, procedeu-se à exploração do material, ou seja, o momento de contato direto com os discursos dos participantes, para posterior aprofundamento dos dados e definição das categorias; buscou-se os elementos que poderiam compor o corpus da análise. Durante a etapa de exploração do material, definiram-se as categorias com suas subcategorias, classificando os elementos constituintes em grupos analógicos pela frequência das unidades de registro. Por fim, realizaram-se inferências e os dados foram interpretados conforme a literatura sobre a temática.

O estudo também seguiu os preceitos da antropologia médica, com base no modelo explicativo de doença de Kleinman⁽¹²⁾. Este modelo descreve que a compreensão e interpretação da doença é um processo de construção simbólica, na busca pelo tratamento e cura, que ocorre em um contexto influenciado por questões intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, e socioculturais, envolvendo diferentes atores sociais em interação constante.

RESULTADOS

Dos 13 participantes, quatro eram mulheres, sendo duas com 60 anos, uma com 66 anos, uma com 68 e uma com 72, todas foram submetidas a procedimentos de troca de válvula mitral e aórtica e RM, todas viviam com companheiros e/ou familiares; nove eram homens, cinco com idade superior a 73 anos, dois com idade de 65 e 69 anos, e dois com idade de 40 e 51 anos, todos foram submetidos a RM, todos eram casados e viviam com companheiras e/ou familiares.

Após análise das entrevistas, identificaram-se duas categorias que interagem entre si e expressam as subcategorias, conforme apresentadas na sequência.

Facilidades nos cuidados domiciliares após o PO de CC

Ter sido orientado adequadamente para fazer o curativo

As declarações dos entrevistados revelam que perceberam que saber realizar os curativos foi uma facilidade e sentiram-se seguros, visto que foram orientados para realizá-los em seus domicílios:

Os curativos, eu e minha esposa fizemos com facilidade, não tivemos nenhum problema, nós aprendemos a fazer no hospital (E1).

Eu tinha uma preocupação em realizar os curativos, mas chegando em casa minha esposa fez direitinho, ela aprendeu com as enfermeiras (E4).

Foi fácil fazer o curativo, as pessoas da enfermagem orientaram (E8).

Pode-se deduzir pelos discursos que as facilidades estiveram relacionadas com as orientações recebidas durante a internação.

A Fé

Os pacientes atribuíram a fé como uma fortaleza para a sua pronta recuperação, conforme revelam as falas:

Os curativos, eu e minha esposa fizemos com facilidade, não tivemos nenhum problema, nós aprendemos a fazer no hospital (E1).

Eu tinha uma preocupação em realizar os curativos, mas chegando em casa minha esposa fez direitinho, ela aprendeu com as enfermeiras (E4).

Foi fácil fazer o curativo, as pessoas da enfermagem orientaram (E8).

Constata-se que a fé era percebida como positiva pelos entrevistados, ou seja, a fé é algo fundamental para o tratamento e recuperação dos pacientes.

O apoio dos familiares

Os familiares, ao compartilharem os cuidados com os pacientes de PO de CC, vivenciam sentimentos de facilidade.

Sozinho não conseguiria fazer nada, minha esposa e filhos me ajudam demais (E1).

Quem tem família e esposo tem tudo, estão sempre por perto de mim (E4).

Nossa!!! Minha família foi muito boa para mim, cuidam de mim o tempo todo (E7).

Denota-se, pelas expressões, a importância do envolvimento das famílias e da assunção dos cuidados junto aos pacientes para que a recuperação seja breve e o mais confortável possível. A família foi reconhecida como protagonista no tratamento pelos pacientes, assim, deve ser considerada pelos profissionais, visto que a família como unidade de cuidado torna-se fundamental no tratamento.

Dificuldades nos cuidados domiciliares no PO de CC

Limitação ao tomar banho

Os pacientes relataram que, ao tomar banho, sentiam cansaço e enfrentavam dificuldades nesse procedimento.

Tive dificuldades durante o banho. A gente se expõe demais, também há o cansaço, mas preciso agradecer, pois tem alguém para ajudar (E2).

Quando vou tomar banho, fico um pouco triste, pois é algo que ainda não consigo fazer sozinho, mas graças que tenho um familiar para me ajudar (E5).

O banho, acho bem complicado, perdi a liberdade, mas vai acabar, é passageiro (E8).

Percebe-se, pelas declarações, que realizar o que é corriqueiro tornou-se uma perda de autonomia, e essa dependência se apresentou também como invasão da privacidade para os pacientes. Entretanto, reconheceram a importância da colaboração.

Dificuldades para dormir

O simples ato de dormir ou relaxar era complexo e incômodo, pois a posição dorsal não proporcionava conforto para determinados pacientes. Assim, as falas contextualizam a dificuldade desses pacientes diante dessa necessidade humana básica.

Muita dificuldade para dormir com a barriga para cima, não consigo relaxar (E3).

Dormir com a barriga para cima é complicado, tenho tido dificuldades. Acredito que isso é o que mais está me incomodando (E4).

Dormir na posição de barriga para cima é um sufoco, enfrento muita dificuldade com isso (E5).

Sem condições de dormir com a barriga para cima (E10).

A dor

A presença da dor no PO foi apontada como uma dificuldade significativa que interferiu diretamente na qualidade da recuperação, na disponibilidade e na saúde mental dos pacientes.

A dor atrapalha em tudo: para andar, tomar banho, dormir, ir ao banheiro, sorrir, tossir (E1).

A dor é o maior problema, incomoda para andar, respirar, tossir. Dá medo até de rir (E6).

A dor nos afeta. Dói para respirar, movimentar-se, ir ao banheiro, tomar banho, atrapalha no sono, quase tudo se torna difícil (E8).

A dor nos deixa irritados, porque dói muito, até ficar na cama; se for mexer, dói, tossir, então!!! (E9).

A inapetência

Mesmo após estarem em seus domicílios, nota-se nas falas que a inapetência foi referida como uma dificuldade a ser superada no PO.

Achei que em casa o apetite voltaria, mas ainda não tenho fome (E2).

Não sinto fome, mesmo estando em casa (E5).

Em casa a gente costuma comer melhor, mas estou sem desejo de comer nada (E11).

A fraqueza e tontura

A presença de tontura e fraqueza levava os pacientes a permanecerem mais deitados no PO e com receio de realizar atividades, mesmo as pequenas.

Muita tontura e fraqueza, quase não conseguia ficar de pé (E5).

A fraqueza que sinto dificulta até mesmo comer, parece que vou cair (E6).

Tudo requer muita calma, pois a tontura e fraqueza sempre vêm (E7).

DISCUSSÃO

No que diz respeito aos dados de caracterização encontrados no presente estudo, os resultados são diferentes de uma pesquisa no Paquistão com 340 pacientes, na qual a maioria era de mulheres, com idade superior a 60 anos e com prevalência de CC de RM⁽¹³⁾. Já um estudo brasileiro mostrou maior

prevalência no sexo masculino, com 55,94% dos casos em relação a 44,06% do sexo feminino⁽¹⁴⁾. Assim sendo, pode-se inferir que ambos os sexos correm risco de problemas cardíacos e, por consequência, terem desfecho de CC.

Observa-se que, das quatro mulheres que participaram deste estudo, duas realizaram procedimentos de troca de válvulas. Um estudo com mulheres submetidas à RM demonstrou que em 34% das participantes ocorreu a troca de valva⁽¹⁵⁾.

Os pacientes submetidos a CC na presente investigação não relataram dificuldades em cuidar da lesão cirúrgica, ou seja, na execução do curativo. Tal constatação pode estar relacionada às orientações recebidas da equipe de saúde para os cuidados a serem realizados no domicílio. As orientações fornecidas ao paciente e à família sobre os cuidados com o curativo, na alta hospitalar de pacientes CC, contribuem para a redução de infecção no sítio cirúrgico, visto que propiciam segurança, tranquilidade e estímulo para o autocuidado de forma eficaz⁽¹⁶⁾. Assim, pode-se inferir que as orientações recebidas no que diz respeito a este procedimento foram eficazes para os pacientes e/ou familiares, configurando-se como um fator facilitador para os mesmos.

Destaca-se a importância de a enfermagem, bem como outros profissionais da saúde, utilizarem os preceitos do Modelo Explicativo de Doença de Kleinman⁽¹²⁾, pautando as ações de cuidado no significado e na experiência das pessoas, pois cada ser humano é único, tem particularidades, mas também sofre influências socioculturais do contexto em que vive. Embora seja um modelo oriundo da antropologia médica, pode ser usado pelos diferentes saberes, visto que abrange o ser humano em sua essência. Enfatiza-se que o estudo de modelos explicativos empregados por diferentes categorias profissionais, doentes, famílias e outros permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades educativas ou de pesquisa. O conhecimento dos modelos explicativos facilita a comunicação com os indivíduos e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde⁽¹⁷⁾.

A fé foi percebida como uma facilidade para enfrentar o PO no domicílio após a alta hospitalar. Pesquisa com pacientes com insuficiência cardíaca verificou que a espiritualidade/fé está associada à qualidade de vida de uma maneira geral, apresentando relação direta com o processo de saúde e doença. Os resultados desta investigação mostraram também que há uma favorável e significativa relação entre a espiritualidade e religião na qualidade de vida dos pacientes, proporcionando maior bem-estar mental e emocional⁽¹⁸⁾.

Observa-se que a teoria de Kleinman⁽¹²⁾ pode ser aplicada no que tange à fé das pessoas, visto que é necessário levar em conta a perspectiva do paciente para que se maximize a qualidade de seu tratamento, especialmente porque essa teoria tenta romper com o modelo biologicista da doença, ou modelo apenas curativo. É necessário levar em conta a percepção das pessoas e os significados da doença.

Quanto ao reconhecimento da família como facilitador da recuperação, estudo revela que a família é tida como a mais importante rede de apoio utilizada por pessoas em situações de adoecimento, ou seja, as relações familiares constituem-se em estratégias para o enfrentamento do processo de doença⁽¹⁹⁾.

Refletindo sobre a teoria do Modelo Explicativo de Doença de Kleinman⁽¹²⁾, observa-se que a família e até mesmo os vizinhos se configuram como não profissionais e não especialistas, mas que são os primeiros a auxiliar os pacientes a enfrentarem as dificuldades, pois a doença provoca uma desordem na vida cotidiana. Os cuidados podem ser realizados pela pessoa que está doente ou pela família e incluem: administração de remédios caseiros, estímulo ao repouso, oferta de suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens⁽²⁰⁾.

Dentre as dificuldades, a invasão da privacidade no momento do banho foi relatada pelos pacientes, porém, reconhecida como necessária. Sabe-se que a privacidade espacial e territorial é uma necessidade do ser humano e, em situações específicas, como a doença, e por sua vez, com a propensão à exposição corporal, é ainda mais essencial a integridade da pessoa. Observa-se que o processo de saúde se configura por meio da realização de ajustamentos criativos, ou seja, está relacionado à capacidade do ser humano de se posicionar de forma criativa e autêntica no contexto em que se encontra, não excluindo as possibilidades e limites, mas reconhecendo e legitimando suas experiências⁽²¹⁾. Assim, pode-se inferir que os pacientes do presente estudo superaram as dificuldades relativas à higiene pessoal por meio do entendimento das suas potencialidades e fragilidades.

No que tange às dificuldades relativas ao sono, é fato que a má qualidade do mesmo afeta a maioria das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, sendo a insônia o principal distúrbio. Destaca-se que o sono é responsável pela recuperação diária do organismo, colaborando para a prevenção e diminuição dos agravos à saúde, bem como na recuperação de doenças. Estudo de revisão sistemática indica que medidas não farmacológicas são utilizadas para pacientes internados, tais como: máscara de olhos, relaxamento muscular, treinamento de postura e relaxamento, produção sonora e estratégia educacional⁽²²⁾. Essas medidas podem ser abordadas nas orientações para os pacientes em seus domicílios e, assim, os mesmos podem buscar ajuda médica, ou seja, terapêutica medicamentosa para sanar as dificuldades relacionadas com o sono.

A dor foi também citada como uma dificuldade para os pacientes em seus lares após a CC do presente estudo. Pesquisa revela que a dor foi um sintoma prevalente e considerado um dos principais estressores percebidos pelos pacientes no pós-operatório de CC, sendo que a maioria dos pacientes sofreu de dor moderada a grave, o que pode perdurar até 60 dias após a cirurgia⁽²³⁾. Assim, tornam-se necessárias intervenções preventivas e/ou educativas para o alívio da dor pós-operatória, quer seja durante a internação ou após alta⁽¹⁾. Também se faz necessária orientações efetivas sobre o uso das medicações para dor prescritas, buscando diminuir os agravos causados pela dor, bem como evitar reinternação hospitalar⁽¹⁾.

A alimentação também foi apontada como uma dificuldade para os pacientes da presente investigação. Embora seja comum após a cirurgia, é importante que a pessoa se esforce para comer um pouco a cada refeição, fornecendo ao corpo os nutrientes necessários para uma recuperação mais rápida e eficaz. Estudo de revisão sistemática indica que pacientes no PO de CC, frequentemente, apresentam perda de apetite e que a equipe de saúde deve cuidar para promover o estado nutricional dos pacientes, em especial, após a alta hospitalar. Isto pode ocorrer por meio do controle da dor, redução do estresse emocional e da depressão, bem como incentivar o hábito de fazer refeições em pequenas quantidades e mais vezes ao dia, e se alimentar junto a outras pessoas(24).

Cabe destacar que, segundo os pressupostos de Kleinman(12), é preciso que as noções mínimas de um episódio de doença e seu tratamento sejam empregadas por todos envolvidos para que o processo clínico, ou seja, a recuperação, seja alcançada em sua plenitude. Assim sendo, ressalta-se que é essencial os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros e nutricionistas, orientarem os pacientes sobre as dietas que possam ser utilizadas, fornecendo alternativas para lidar com a inapetência.

Ainda foi verbalizado pelos entrevistados que a fraqueza e tontura foram dificuldades. É comum os pacientes apresentarem fraqueza, desânimo e até momentos de tontura, assim, é preciso estabelecer um guia de orientações para diminuir esses agravos. Dentre elas, citam-se: nunca caminhar sozinho, ler, ouvir músicas, jogar, realizar atividades leves de entretenimento, evitar muitas visitas e ficar muito tempo em pé, não fazer caminhadas longas, estar sempre perto de alguém que possa ajudá-lo (familiares)(25).

Por fim, cabe enfatizar a importância dos pressupostos do Modelo Explicativo de Doença segundo Kleinman(12), visto que as ações de enfermagem devem ser organizadas de forma sistemática em subsistemas: o informal, o familiar, o popular e o profissional, onde todos os envolvidos buscam uma interação contínua para cuidar da saúde. Assim, esta interação oferece à pessoa a oportunidade de interpretar sua condição, significar e ressignificar o processo de saúde/doença vivenciado.

Embora o estudo tenha atingido o objetivo proposto, tem limites por ser realizado com pacientes após alta de CC de apenas um hospital. Assim, sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas sobre a temática em outros cenários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que as percepções dos pacientes que se submeteram a CC foram permeadas por facilidades, como sentirem-se seguros com a realização do curativo, terem fé e receberem ajuda dos familiares. Mas também foram permeadas por situações de dificuldades relacionadas à integridade física e psicológica, como a presença de dor, problemas como sono, tontura e fraquezas, inapetência, invasão da privacidade no momento do banho.

As orientações para a alta hospitalar são primordiais para que os cuidados nos domicílios possam ser realizados com mais segurança e facilidade, e por sua vez, diminuam os agravos, promovendo uma

recuperação mais breve e segura. É essencial que o enfermeiro realize a educação do paciente para a alta hospitalar por meio de protocolos que possam ser seguidos, facilitando essas orientações específicas.

Cabe destacar ainda a importância de criar redes de apoio para visitas de profissionais da enfermagem para acompanhar esses pacientes em seus domicílios, evitando assim possíveis reinternações, propiciando segurança e por sua vez promovendo o bem-estar dos pacientes e de seus familiares. Os encaminhamentos para Unidade Básica de Saúde devem ser usados pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, para que assim se fortaleçam as redes de apoio e por sua vez, propiciem maiores facilidades aos pacientes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Santos TL, Grossi Laprano MG, da Conceição AP. Hospital discharge guidelines for self-care performance after cardiac surgery: integrative review. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 12];34. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35284>
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Estatísticas Cardiovasculares. [Internet]. 2023 [cite 2023 Ago 21]. Available from: <https://www.estatisticabrasil.cardiol.br/dados?lang=pt>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Use o coração para vencer as doenças cardiovasculares. [Internet]. 2023 [cite 2023 Ago 21]. Available from: <https://bvsmis.saude.gov.br/use-o-coracao-para-vencer-as-doencas-cardiovasculares-29-9-dia-mundial-do-coracao/>
4. Faria P, Arrué AM, Almeida TQR, Jantsch LB, Leites AWR, Reichembach MT. Mortality of patients undergoing cardiac surgery. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 24];10(5): e12110514610-e12110514610. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14610>
5. Pereira SEA, Costa D, Penido R, Batista ANS, Calheirose A, Ferreira GV et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde*[Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 02];10(4):213-219. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2017.4.26446>
6. Reisdorfer AP, Leal SMC, Mancia JR. Nursing care for patient in postoperative heart surgery in the Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm.*[Internet]. 2021 [cited 2023 Ago 21];74(2):e20200163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0163>
7. Freire AKS, Alves NCC, Santiago EJP, Tavares AS, Teixeira DS, Carvalho IA et al. Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. *Rev. Saúde Desenv.* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 12]; 11(9):21-44. Available from: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/issue/view/36>
8. Covalski D, Pauli E, Echer AK, Nogueira RR, Fortes VLF. Postoperative of cardiac surgeries: prevalent complications within 72 hours. *Rev. Enferm. UFSM.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Ago 21];11(e75): 1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769264147>
9. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 12];12(12):3190-7. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4ª Reimpressão. São Paulo: Edições; 2017.
11. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.* [Internet]. 2005 2021 [cited 2023 Ago 21]; 2(1) 3):68-80. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>

12. Kleinman A. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Nova York: Basic books, 1988.
13. Ali J, Khan FR, Khattak S, Ullah H, Ullah R, Lakhta G. Determinants of the Downward Trend in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Among Patients With Multivessel Disease and Class-I Indication for Surgery. *Cureus* [Internet] 2021 [cited 2021 Oct 13];13(3):e14098. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.14098>
14. Carvalho Mendes LM, Carvalho Mendes L, Brito de Siqueira S, Arruda Lino L, Philipino Takada H, Rodrigues Brito G, Roncato Soares F, Rocha Lopes F. Perfil dos óbitos por infarto agudo do miocárdio do Brasil no período de 2011 a 2021. *RECIMA21* [Internet]. 2022 [cited 2023 Ago 21];3(8):e381800. Available from: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1800>
15. Gutierrez ED, Rocha LP, Brum AN, Yasin JCM, Carvalho DP de, Brum RG. Clinical profile of women submitted to myocardial revascularization surgery and valve exchange. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 15];34. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.38509>
16. Fontana G, Chesani FH, Nalin F. Percepções dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Revista da UNIFEBE* [Internet] 2017 [cited 2021 Oct 23];1(21):137-156. Available from: <https://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/491/415>
17. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
18. Lucena LG, SLRG Filho. Conduta profissional como elo entre espiritualidade e cura. In: Marileila Marques Toledo. *Ações de saúde e geração de conhecimento nas ciências médicas 3. 1ª edição*. Ponta Grossa: Atena; 2020, p. 12-21.
19. Brotto AM, Guimarães ABP. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 03];15(1):43-68. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&tlng=pt..
20. Taurino, I.J.M. *Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório*. *PubSaúde* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 13];2:a014. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsauade2.a014>
21. Berri B. A esperança como ajustamento criativo: reflexões dos processos de saúde, doença e morte em gestalt terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica* [Internet] 2020 [cited Nov 14];26(3):351-360. DOI: <https://dx.doi.org/10.18065/2020v26n3.10>
22. Machado FS, Souza RCS, Poveda VB, Costa ALS. Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 05]; 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1917.2926>
23. Santos TL, Grossi Laprano MG, da Conceição AP. Orientações de alta hospitalar para o desempenho do autocuidado após a cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 27º de julho de 2020 [cited 2023 Ago 21];34. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35284>
24. Prasankok C, Banharak S. Factors related to loss of appetite in postoperative cardiac surgery patients: A systematic review. *F1000Research* [Internet] 2021 [cited 2021 Nov 13]; 10:350. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.52287.1>
25. Instituto de Ciência da Saúde. *Guia de orientações para o pós-operatório de cirurgia cardíaca*. Novo Hamburgo: Universidade Feevale; 2020.

Recebido: 18/11/2022

Aceito: 18/10/2023

Autor(a) correspondente:

Tatiana da Silva Melo Malaquias. Av. Vereador Rubem Siqueira Ribas, n. 2307. Bairro Santa Cruz. Guarapuava, Paraná, Brasil. CEP: 85015-080
E-mail: tatieangel@yahoo.com.br