

Mudança nos hábitos de vida e cotidiano de pacientes após cirurgia cardíaca em um ambulatório multiprofissional de cirurgia cardíaca

Change in the daily and life habits of patients after cardiac surgery in a multiprofessional cardiac surgery outpatient clinic

DOI:10.34119/bjhrv4n2-429

Recebimento dos originais: 23/03/2021

Aceitação para publicação: 23/04/2021

Fabiola Alves Gomes

Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia
Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia.
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: fabiola@ufu.br

Clesnan Mendes-Rodrigues

Enfermeiro. Doutorado em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais pela
Universidade Federal de Uberlândia.
Professor Adjunto A da Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: clesnan@bol.com.br

Nayara Sperafico dos Reis

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia
Enfermeira em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: nayarasperafico2@hotmail.com

Eliane Maria de Carvalho

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: elianemc@ufu.br

Beatriz Eva Pires

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia
Enfermeira da Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: biapiress@hotmail.com

Raphael Silva Rodrigues

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia
Enfermeiro da Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: rapha_silva14@hotmail.com

Guilherme Silva de Mendonca

Enfermeiro. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.
Enfermeiro da Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas da
Universidade Federal de Uberlândia.
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: guilherme.silva@ufu.br

Iolanda Alves Braga

Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.
Enfermeira do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: iobraga2006@yahoo.com.br

Paulo César Santos

Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: paulocir@hotmail.com

Lívia Maria Ambrósio da Silva

Médica. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia
Médica, Cardiologista, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de
Uberlândia
Av. Pará, 1720 – Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: liviaambrosio@yahoo.com.br

RESUMO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morbimortalidade e o tratamento muitas vezes são intervenções cirúrgicas. Para prevenir ou reabilitar, é preciso de mudança nas atividades diárias e seus hábitos. Objetivos: identificar o perfil, principais cirurgias e analisar as atividades diárias e laborais dos pacientes antes e após cirurgia. Método: Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal. Foi realizada no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e a população alvo foram pacientes que se submeteram a qualquer tipo de cirurgia cardíaca no ano de 2016. Resultados: Analisados 46 prontuários, observou-se a prevalência do sexo masculino (76%) e a idade média foi 62 anos. Dentre eles prevaleceu Hipertensão Arterial Sistêmica, dislipidemia e diabetes como comorbidades. Das cirurgias cardíacas (67%) foram de revascularização do miocárdio. Observamos que muitos dos hábitos de vida mudaram após o procedimento cirúrgico, mas uma parcela expressiva de paciente não muda seus hábitos de vida que estão diretamente associados às comorbidades. E muitos desses hábitos estão associados à piora dos resultados dos procedimentos e da condição de vida. Hábitos como fumar, beber e se alimentar inadequadamente permanecem mesmo após um procedimento invasivo e de risco. Sendo que se mostra essencial entender o porquê dessa ausência de mudanças em alguns dos pacientes e como o atendimento multiprofissional pode auxiliar nesse processo.

Palavras-chave: Cirurgia Cardíaca, Período pós-operatório, Hábitos, Cardiologia, estilo de vida.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the main causes of morbidity and mortality and treatment is often surgical interventions. To prevent or rehabilitate, it is necessary to change in daily

activities and their habits. Objectives: to identify the profile, main surgeries and analyze the daily and work activities of patients before and after surgery. Method: This is a retrospective, cross-sectional study. It was performed at the Hospital de Clínicas de Uberlândia and the target population were patients who underwent any type of cardiac surgery in 2016. Results: Analyzed 46 medical records, observed the prevalence of males (76%) and the mean age was 62 years. Among them, systemic arterial hypertension, dyslipidemia and diabetes prevailed as comorbidities. The principal cardiac surgery was myocardial revascularization (67%). We observed that many of the lifestyle habits changed after the surgical procedure, but a significant portion of patients do not change their life habits that are directly associated with comorbidities. And many of these habits are associated with worsening procedure outcomes and living conditions. Habits such as smoking, drinking and eating inadequately remain even after an invasive and risky procedure as surgery. It is essential to understand why this absence of changes in some of the patients and how multi professional care can help in this process.

Keywords: Cardiac Surgery, Postoperative period, Habits, Cardiology, Life style.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) são definidas como uma das principais causas de morbimortalidade em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, devido ao aumento da expectativa de vida, diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e mudanças dos hábitos e estilo de vida.¹⁻⁴ O tratamento das DCVs engloba muitas vezes hospitalizações, terapia medicamentosa e até mesmo intervenções cirúrgicas; sendo que as cirurgias são vistas como a última e única saída para o aumento da sobrevida. As cirurgias cardíacas não são completamente curativas, e normalmente são seguidas por outras medidas terapêuticas como uso de medicamentos e a necessidade de mudanças no estilo de vida que visam o controle da progressão das DCVs.^{3,5-8}

Contudo, todos esses procedimentos cirúrgicos acabam levando dificuldades na realização das atividades diárias, distúrbios de autoimagem, diminuição da autoestima, depressão e medo e a avaliação qualidade de vida e da mudança de hábitos desses se mostra necessária.³ Existem muitas dúvidas e incertezas que permeiam os pacientes acerca da vida após cirurgia cardíaca, tais como: educação alimentar, prática de exercícios físicos, retorno ao trabalho, prática de atividades diárias, dificuldades com as incisões cirúrgicas, prática de atividade sexual, consumo de bebida alcoólica e cigarros, uso de medicações e sequelas. Com isso percebe-se que esse procedimento tem importante impacto no processo de viver do paciente cardíaco.⁹⁻¹¹

Para promover a reabilitação, as pessoas precisam, muitas vezes mudar comportamentos, como: deixar de fumar, controlar o estresse, mudar a dieta alimentar,

diminuir bebida alcoólica, praticar exercícios físicos e usar medicamentos.^{11,12} A volta para casa após cirurgia, trata-se de uma fase alheia a da rotina, já que após a etapa não se conhecem as dificuldades reais e suas limitações, fato este que pode influenciar na capacidade do paciente continuar o tratamento no lar ou não.^{11,12} Nesse cenário é vital avaliar se os pacientes mudam seus hábitos e rotinas e como as equipes de saúde podem auxiliar nessas mudanças. O atendimento especializado a esses pacientes pode apresentar vários benefícios em vários níveis de atenção a saúde^{13,14}.

O objetivo do estudo foi verificar se houve mudança nas atividades diárias, laborais e hábitos de vida após a cirurgia cardíaca em pacientes acompanhados em um Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), trata-se de um hospital de ensino no tipo universitário, geral, com 520 leitos, credenciado unicamente ao Sistema Único de Saúde, que atende alta complexidade. O hospital é referência regional em cardiologia, e realiza cerca de 20 cirurgias cardíacas por mês. O hospital tem um Ambulatório de Cirurgia Cardíaca que é multiprofissional contando com atendimento da Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e da Nutrição.

Trata-se de um estudo retrospectivo do tipo intervenção (antes e depois da cirurgia cardíaca), documental. Os critérios de inclusão foram prontuários completos dos pacientes com idade superior a 18 que se submeteram a qualquer tipo de cirurgia cardíaca, disponíveis no ano de 2016 no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e que estavam em acompanhamento no Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca. O estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob parecer 942.170 e está em conformidade a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram avaliados dados do perfil dos pacientes como dados clínicos, tipo de cirurgia, complicações no pós operatório, número de medicações em uso, custo das medicações, informações sobre as atividades laborais (onde trabalhava, qual profissão, tempo de afastamentos, informações sobre aposentadoria), atividades cotidianas, hábitos de vida dos pacientes (como é a deambulação, banho, se é tabagista, se é etilista, se costuma ter uma alimentação saudável, se tem vida sexual ativa e se realiza exercícios

físicos. Todos os dados foram coletados tendo como base o antes e após a cirurgia cardíaca.

A análise estatística dos dados qualitativos foi apresentada como frequência absoluta e relativa, e os quantitativos como média, mediana, mínimo, máximo e primeiro e terceiro quartis. A mudança de situação antes e depois da cirurgia foi comparada com o teste de Mcnemar para variáveis dicotômicas. Foram calculados os desvios (depois – antes) para os dados quantitativos antes e depois e os mesmos foram comparados com teste de Wilcoxon para dados pareados, assumindo média zero na hipótese nula. Foi adotado significância de 5% para todas as análises. As análises foram executadas no programa no ambiente R¹⁵.

3 RESULTADOS

Foram analisados um total de 46 pacientes, dos quais verifica-se que 76,09% dos (n=35) pacientes eram do sexo masculino e 23,91% do sexo feminino (n=23), com média de idade de 62 anos, mediana de 61 anos, desvio padrão de 8,49, mínima de 40 anos e máxima de 82 anos. Dentre estes, 78,26% (n = 36) possuíam companheiro (independentemente do tipo união) e 21,74% (n = 10) não tinham companheiro. Das 46 cirurgias cardíacas, 67,39% (n = 31) foram cirurgias de revascularização do miocárdio, 26,09% (n = 12) foram trocas de valvas e 6,52% (n = 3) foram Bentall de Bono. Dentre as comorbidades, 71,74% (n = 33) dos pacientes possuem hipertensão arterial sistêmica, 32,61% (n = 15) dislipidemia e 28,26% (n = 13) possuem diabetes, sendo estas as três comorbidades mais comuns entre as dez observadas (Tabela 1).

Tabela 1. Comorbidades dos 46 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e acompanhados no ano de 2016 em um Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Comorbidade	Não; % (n)	Sim; % (n)
Hipertensão arterial sistêmica	28,26 (13)	71,74 (33)
Diabetes	71,74 (33)	28,26 (13)
Dislipidemia	67,39 (31)	32,61 (15)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	95,65 (44)	4,35 (2)
Insuficiência cardíaca congestiva	91,3 (42)	8,7 (4)
Hipotireoidismo	95,65 (44)	4,35 (2)
Hipertireoidismo	89,13 (41)	10,87 (5)
Doença de Chagas	95,65 (44)	4,35 (2)
Insuficiência renal crônica	95,65 (44)	4,35 (2)
Arritmias	93,48 (43)	6,52 (3)

Observa-se que 23,91% (n = 11) dos pacientes desenvolveram complicações no pós operatório; contra 76,09% que não apresentaram nenhuma complicação. Nenhum

paciente apresentou mais de uma complicação. Entre os 46 pacientes, 15% (n = 7) tiveram alguma infecção, 2% (n = 1) acidente vascular encefálico, 2% (n = 1) coágulo em válvula, 2% (n = 1) pneumotórax e 2% (n = 1) hemotórax de repetição (2%).

O hábito de vida trabalhar mudou após o procedimento ($p < 0,001$). Antes da cirurgia, 39,13% (n = 18) dos pacientes trabalhavam e deixaram de trabalhar pós-intervenção. Outra mudança também verificada foi a aposentadoria ($p = 0,002$), na qual 21,74% (n = 10) pacientes aposentaram após a cirurgia. Com relação à mudança de hábitos para um estilo de vida saudável, observamos que os itens tabagismo, etilismo e alimentação equilibrada apresentaram mudanças positivas. Todavia o hábito atividade física não apresentou mudança pós cirurgia ($p = 0,210$)

Destaca-se que 21,74% (n = 10) dos pacientes se aposentaram após a cirurgia, cessando suas atividades laborais. Entre as mudanças de hábitos de vida benéficas podemos citar que 45,65% (n = 21) dos pacientes passaram a ter uma alimentação equilibrada após a cirurgia, enquanto nenhum paciente piorou nesse quesito. Já a prática de exercício físico piorou em 23,91% (n = 11) dos pacientes e só melhorou em 10,87% (n = 5) destes. Quanto ao tabagismo 23,61% (n = 15) largaram o hábito e quanto ao etilismo 17,39% (n = 8) largaram o hábito. Apesar dessas mudanças, fica evidente que um número expressivo de pacientes não muda hábitos de vida prejudiciais a sua condição de saúde, mesmo após a realização da cirurgia cardíaca, um procedimento relativamente agressivo, como vemos que 34,78% (n = 16) dos pacientes que mantiveram alimentação desequilibrada, 36,96% (n = 17) que não iniciaram a prática de exercícios físicos e 6,52% (n = 3) que mantiveram o tabagismo e 19,57% (n = 9) que mantiveram o etilismo. Com relação a vida sexual, 32,61% (n = 15) dos pacientes afirmaram que tinham vida sexual ativa antes do procedimento e após a cirurgia apresentaram dificuldades.

Quanto ao uso de medicamentos e gastos, destacam-se que 91,3% (n = 42) aumentaram significativamente a quantidade de medicamentos e 89,13% (n = 41) os custos com medicações após cirurgia cardíaca. Já o tempo de afastamento médico manteve-se igual na maioria dos pacientes com 73,91% (n = 34). (Tabela 2)

Tabela 2 – Mudanças de hábitos de vida e cotidiano dos pacientes antes e após a realização de cirurgia cardíaca do ano de 2016 acompanhados no Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia

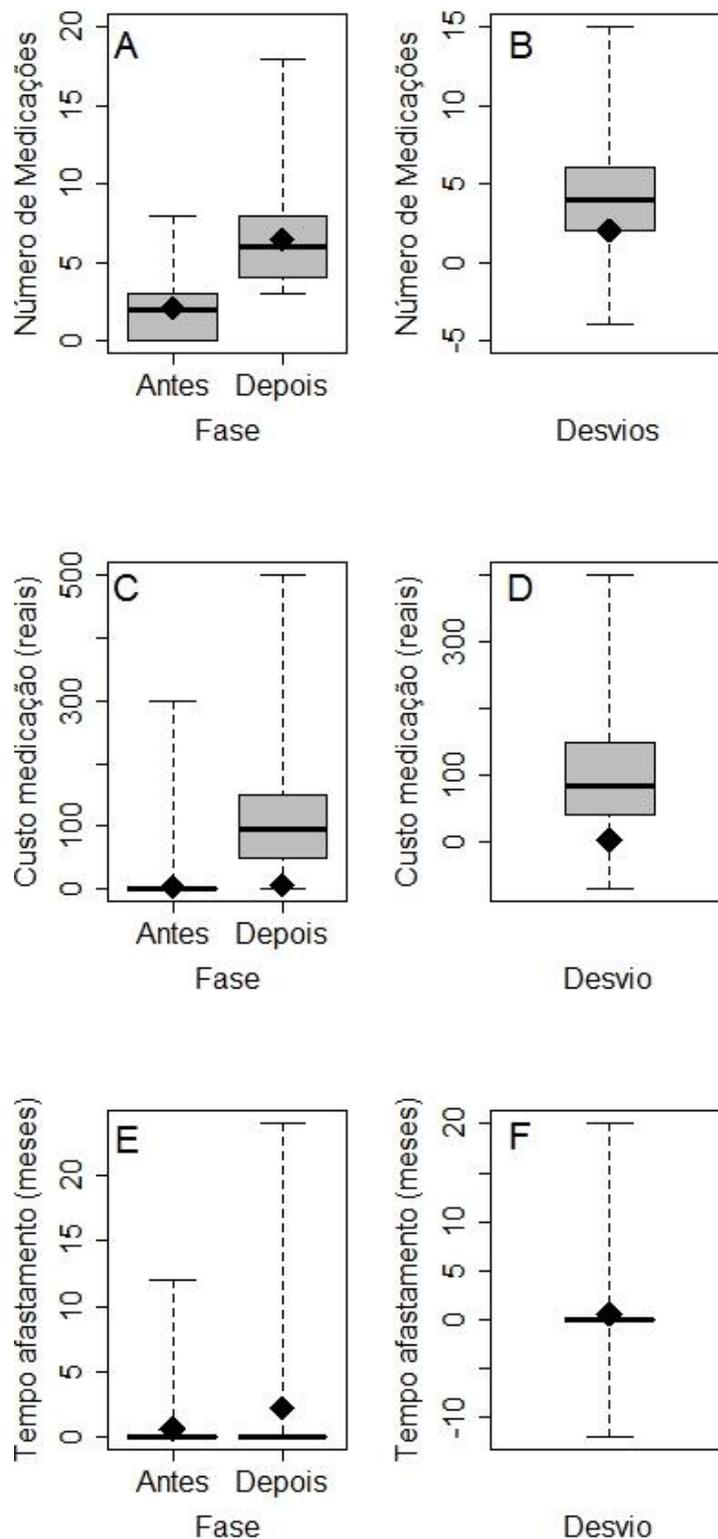
Situação pré-cirurgia:	Não	Não	Sim	Sim	
Situação pós-cirurgia:	Não	Sim	Não	Sim	
Hábito	% (n)				p^1
Trabalhava	28,26 (13)	0 (0)	39,13 (18)	32,61 (15)	< 0,001
Aposentadoria	45,65 (21)	21,74 (10)	0 (0)	32,61 (15)	0,002

Teve afastamento médico	67,39 (31)	17,39 (8)	8,7 (4)	6,52 (3)	0,388
Necessitava Auxílio Banho	95,65 (44)	2,17 (1)	0 (0)	2,17 (1)	1,000
Tinha alimentação equilibrada	34,78 (16)	45,65 (21)	0 (0)	19,57 (9)	< 0,001
Tinha vida sexual ativa	17,39 (8)	0 (0)	32,61 (15)	50,00 (23)	< 0,001
Praticava exercício físico	36,96 (17)	23,91 (11)	10,87 (5)	28,26 (13)	0,210
Tabagismo	60,87 (28)	0 (0)	32,61 (15)	6,52 (3)	< 0,001
Etilismo	63,04 (29)	0 (0)	17,39 (8)	19,57 (9)	0,008
	Hábito pós-cirurgia				
Hábito	Diminuiu	Igual	Aumentou		
Quantidade de medicamentos	2,17 (1)	6,52 (3)	91,30 (42)		
Custo com medicações	2,17 (1)	8,7 (4)	89,13 (41)		
Tempo de afastamento médico	4,35 (2)	73,91 (34)	21,74 (10)		

¹p-valor baseado no teste McNemar.

O número de medicamentos consumidos por dia aumentou após a cirurgia e a média dos desvios foi diferente de zero, indicando aumento significativo do consumo de medicamentos (aumento de 4,41 medicamentos pós-cirurgia), o mesmo aconteceu para o custo das medicações que aumentou após a cirurgia (aumento de 107,61 reais após cirurgia). Já para o tempo de afastamento, este foi o mesmo após a cirurgia e não foi diferente de zero (2,04) (Figura 1).

Figura 1- Avaliação de algumas medidas cotidianas antes e após a realização de cirurgia cardíaca em paciente avaliados em um Ambulatório Multiprofissional de Cirurgia Cardíaca



Legendas: (A) Média do número de medicamentos por pacientes (B) Desvios do número de medicamentos por paciente. (C) Média do custo com medicações em uso (D) Desvios do custo com medicações em uso. (E) Média do tempo de afastamento (F) Desvios do tempo de afastamento. O boxplot representa o mínimo, quartil um, mediana, quartil três, máximo e a média (losango). Os desvios representam o pós-cirurgia menos o pré-cirurgia.

4 DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca acompanhados no ambulatório é na sua maioria do sexo masculino, casados e com média de idade de 62 anos. Dentre as comorbidades destacaram-se no estudo a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes. Estudos nacionais corroboram com esses dados, verificando a prevalência do sexo masculino, casados, com média de idade superior a 57 anos e com antecedentes clínicos mais prevalentes a Hipertensão arterial (93,90%), Diabetes Mellitus (41,46%) e dislipidemia (30,48%)^{2,3,16-19}.

Por sua vez, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos e Canadá, com 4.320 pacientes também observaram perfil semelhante com média de idade de 64 anos, com prevalência do sexo masculino (66%) e com hipertensão arterial sistêmica e diabetes como principais comorbidades²⁰. Esses achados reforçam a hipótese de que o sexo masculino negligencia o autocuidado e acaba por apresentar maiores complicações, podendo necessitar assim de mais intervenções cirúrgicas. Algumas pesquisas sugerem que os homens possam ter dificuldades em demonstrar sua vulnerabilidade e o processo da doença os colocaria nessa posição de fragilidade. O trabalho também é colocado em primeiro lugar pelo sexo masculino, em detrimento da saúde. Ademais as questões de gênero também podem interferir uma vez que o cuidado é visto como papel da mulher²¹.

Nesse contexto observa-se que a maioria das cirurgias cardíacas realizadas foram a de revascularização do miocárdio. Procedimento esse, associado ao processo da doença coronariana, que tem como fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemia, que quando negligenciado o autocuidado poderá evoluir com complicações graves^{3,5,22,23}. O aparecimento das doenças cardiovasculares, por sua vez, está diretamente relacionado ao estilo de vida, o qual também está associado com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, em especial a dimensão física e alimentar do paciente.

Assim, identificamos uma mudança positiva dos hábitos dos pacientes para um estilo de vida saudável nos itens tabagismo, etilismo e alimentação equilibrada. Em um trabalho brasileiro realizado com dez indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio com até 120 dias de pós-operatório, observou uma mudança semelhante, sendo evidenciada alteração na postura e na consciência sobre o autocuidado. Além disso, houve maior percepção da valorização da própria vida como também da vida de outrem²⁴. O ambulatório multiprofissional tem papel importante nessa mudança de hábitos dos pacientes, estudos demonstram que abordagens multidisciplinares que envolvem ações desenvolvidas por profissionais das áreas de

enfermagem, nutrição, assistência social e psicologia visando a redução do risco cardíaco de forma global tem resultados positivos para mudanças de hábito²⁵.

Todavia, apesar da melhoria em alguns hábitos, outros não mudaram, como a prática de atividade física, que não apresentou alteração após cirurgia. Esse dado é bem preocupante, uma vez que o início precoce em programas de treinamento físico de pacientes submetidos à revascularização coronariana aumenta em até 20% sua capacidade funcional e qualidade de vida, além de diminuir a mortalidade e número de internações²⁶. Logo a necessidade de conscientizar essa população sobre a modificação do estilo de vida para a prevenção das doenças cardiovasculares e todas as outras que estão correlacionadas com os hábitos.^{5,9,12,27,28}.

É interessante ressaltar a queixa da maioria dos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em relação à diminuição ou até mesmo a inativação da vida sexual. Neste contexto, os pacientes e seus companheiros necessitam de acompanhamento multidisciplinar com ênfase no apoio psicológico para que possam retirar dúvidas, medos e receios.^{9,12,29}. Em pesquisa realizada com pacientes submetidos à cirurgia de revascularização cardiovascular, houveram relatos de dor incisional no momento da atividade sexual em ambos os gêneros, o que prejudicou a frequência e qualidade da vida sexual, havendo necessidade de mudança da prática com os parceiros, além de restrições.

No gênero masculino, a dor incisional impacta no desempenho sexual e causa medo, fazendo com que o paciente opte pela redução ou abstinência sexual. Como a sexualidade ainda é um tabu entre o público, há menor diálogo entre os pacientes e os companheiros sobre medos, angustias, necessidades, vontades, desejos e possibilidades, causados pelo processo cirúrgico. O estudo também descreve que um dos fatores para essa ocorrência possa ser a falta de orientação dos profissionais de saúde quanto à vida sexual após o procedimento.³⁰

No que diz respeito a medicamentos, este estudo evidencia que houve um aumento significativo após procedimento tanto na quantidade ingerida por dia, quanto no custo para o paciente. Hoje em dia, a realidade dos pacientes que são usuários SUS é que nem sempre vão receber os medicamentos que necessitam e são oferecidos gratuitamente pelo serviço, ou seja, terão que custear os mesmos. A alteração da rotina ocupacional afeta o aspecto emocional e também a condição econômica e financeira do sujeito, pois, muitas vezes, eram provedores financeiros da família, o que pode comprometer a adesão ao tratamento.^{3,9}

De fato, as doenças cardíacas em geral podem ter como consequência a incapacidade para o trabalho levando a se pensar na efetivação da aposentadoria e automaticamente redução da renda familiar.^{9,12} Dentre os 46 pacientes, 10 aposentaram após a cirurgia cardíaca, esse fato se dá tanto por já estarem em uma idade permitida, quanto por ter agora algumas restrições em relação ao seu estado de saúde, pois muitas vezes o trabalho exige um esforço físico além do que é permitido para os pacientes pós-operados. Corroborando com esse resultado, um estudo descreveu que pacientes do gênero feminino que exerciam atividades domiciliares ou laborais que demandavam esforço físico ou causavam estresse, tiveram que cessar suas atividades, causando sensação de inutilidade.

Em contrapartida, o gênero masculino apresentou maior dificuldade em desvincular-se da vida laboral e ocupacional, permanecendo no emprego mesmo demandando esforço físico ou causando estresse.³⁰ O presente estudo revela que a maioria dos pacientes trabalhava antes do procedimento cirúrgico e a metade retornaram para o trabalho após o período de reabilitação, sem alteração da profissão, o que também reafirma o observado em outras pesquisas.

O retorno às atividades laborais ao invés da aposentadoria pode também refletir a necessidade de manter a renda familiar, visto que os custos relacionados aos cuidados de saúde aumentam após a cirurgia. O paciente muitas vezes se vê obrigado a buscar fontes de renda para compensar esse aumento nos gastos.

Outros dados relevantes sobre os procedimentos cirúrgicos foram relacionadas às complicações, por poderem interferir nos hábitos e na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que podem impactar de forma direta no tempo de internação e na morbimortalidade dos pacientes. Dentre os pacientes avaliados aqui, 11 pacientes apresentaram complicações no pós-operatório, sendo a maioria episódios de infecção; reforçando os achados de outros estudos²⁰. As causas dessas complicações e seus impactos na rotina do paciente não foram avaliadas aqui, e outros estudos precisam avaliar quais fatores estão associados à sua ocorrência e seu impacto no paciente.

5 CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que o procedimento da cirurgia cardíaca nos pacientes acompanhados em um Ambulatório de Cirúrgica Cardíaca multiprofissional obteve impactos benéficos em mudanças de hábitos de vida e no cotidiano como melhoria da alimentação, aumento de atividade física, e diminuição do etilismo, tabagismo e maior

incidência de retorno ao trabalho em parte dos pacientes. Apesar disto observa-se que uma parcela importante desses pacientes não mudam seus hábitos e estilo de vida, o que pode comprometer a condição de saúde. É essencial entender as causas dessa ausência de mudança de comportamento e entender qual é o papel do acompanhamento multiprofissional desses pacientes e como este pode auxiliar nas mudanças de hábito e estilo de vida.

AGRADECIMENTOS

Os dados originais utilizados neste estudo são provenientes do trabalho de conclusão de curso defendido por Nayara Sperafico dos Reis como Enfermeira Residente em Atenção aos Pacientes de Atenção Crítica do Programa de Residência na Área Profissional de Saúde (Uniprofissional e Multiprofissional) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

REFERÊNCIAS

1. Organization, World Health (WHO). Estadísticas Sanitarias Mundiales: 2011. Geneva: WHO, 2011.177 p. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf. Acesso em: 28 de janeiro 2018.
2. Costa CC, Pires JF, Abdo SA. Protocolo de Reabilitação em paciente submetidos a cirurgias cardíacas em um hospital de Novo Hamburgo: um estudo-piloto. Rev AMRIGS, 2016;60(1).
3. Custódio FM, Gasparino RC. Qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. REME. 2013; 17(1):125-129.
4. Ramos GC. Aspectos relevantes da doença arterial coronariana em candidatos à cirurgia não cardíaca. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60:662-5.
5. Oliveira RM, Sena ZGF, Frota LMCP, Oliveira JBB. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio em um Hospital Público. Rev Bras Promo Saúde, 2010;23(3):237-242.
6. Correia BR, Cavalcante ES. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. Rev Bras Clin Med., 2010;8(1):25-9.
7. Botega FS, Cipriano JG, Lima FV, Arena R, Fonseca JH, Gerola LR. Cardiovascular behavior during rehabilitation after coronary artery bypass grafting. Rev Bras Cir Cardiovasc., 2010;25(4):527-33.
8. Pivoto FL, Lunardi WD Filho, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. Acta Paul Enferm., 2010;23(5):665-70.
9. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Lat Amer Enferm., 2010; 21(1) :1- 8.
10. Silva L, Linhares N, Dias R, Silva E. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: uma revisão sistemática. JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care, 2013.
11. Almeida PFP, Góes-Júnior R, Gasparino RC. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. Cogitare Enferm., 2009;14(4):675-81.
12. Galter C, Rodrigues GC, Galvão ECF. Perception of patient with heart disease for an active life recovering from cardiac surgery, J Health Sci Inst., 2010;28(3):255-8.
13. Mendes-Rodrigues C, Antunes AV, Mendonca GS, Braga IA, Gomes FA, Carbonari KFBSF. Perfil de uma unidade de dor torácica em um hospital universitário quanto ao tipo de cuidado. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP), São Paulo, 2017;27(4): 163-167.

14. Pires BE, Mendes-Rodrigues C, Gomes FA, Felice RO, Braga IA, Almeida Neto OP, Silva LM. A. Comparing outcomes of patients submitted to coronary artery bypass graft surgery accompanied in a general or cardiac Intensive Care Unit. *Clinical Nursing Studies*, 2018;7(1): 39. <http://dx.doi.org/10.5430/cns.v7n1p39>
15. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2020. Disponível em. <http://www.R-project.org/>.
16. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorporea. *Arq Bras Cardiol.*, 2008;91(4):238-44.
17. Gois CFL. Qualidade de vida relacionada á saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses apos revascularização do miocárdio [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de Sao Paulo; 2009.
18. Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta Paul Enferm.*, 2010;23(2):163-8.
19. Caldeira C, Soares AJ. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca no hospital sul fluminense – HUSF. *Revista de Saúde*. 2017;8(1): 03-07.
20. Greco G, Shi W, Michler RE, Meltzer DO, Ailawadi G, Hohmann SF, Thourani VH, Argenziano M, Alexander JH, Sankovic K, Gupta L, Blackstone EH, Acker MA, Russo MJ, Lee A, Burks SG, Gelijns AC, Bagiella E, Moskowitz AJ, Gardner TJ. Costs associated with health care-associated infections in cardiac surgery. *J Am Coll Cardiol.*, 2015;65(1):15-23. doi: 10.1016/j.jacc.2014.09.079. PMID: 25572505; PMCID: PMC4293042.
21. Garcia LHC, Cardoso NO, Bernardi CMCN. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, 2019;11(3):19-33. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.933>.
22. De Bacco MW, Sartori AP, Sann´ Anna JRM, Santos MF, Prates PR, Kalil RAK, Nesralla IA. Fatores de risco para mortalidade hospitalar no implante de prótese valvar mecânica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.*, 2009;24(3): 334-40.
23. Ledur P, Almeida L, Pellanda LC, Schaan B D´Agord Preditores de infecção no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2011;26(2):190-6.
24. Maldaner CR, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Benetti ERR, Pauletto MR, Silva MS. Cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças na vida de indivíduos e o cuidado de si. *Revista Enfermagem Uerj*. 2011;26:1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.23747>.

25. Guimarães JI. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , 2005;84(5): 431-440. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000500015>.
26. Rivas EE, Campos VNA. ¿Cómo influye la rehabilitación cardíaca después de la cirugía coronaria y la angioplastia?. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc., 2018;24(3):1-8.
27. Cohen SM. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. Nurs Forum, 2009;44(1):25-36.
28. Dalteg T, Benzein E, Fridlund B, Malm, D. Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs., 2011;10(3):140-9.
29. Arenhall E, Kristofferzon M, Fridlund B, Malm D, Nilsson U. The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs., 2011;10(2):108-14.
30. Alves MP, Lanzoni GMM, Koerich C, Higashi GDC, Baggio MA, Erdmann AL. O processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca: uma análise de gênero. Escola Anna Nery, 2016;20(4):1-9. DOI:<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160093>.