

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUANA LLAGOSTERA SILLANO GENTIL

**TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA O
PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA
FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2013**

LUANA LLAGOSTERA SILLANO GENTIL

TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA O PÓS-
OPERATÓRIO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO
MIOCÁRDICA: UMA FERRAMENTA
PARA O PACIENTE E FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem na
Saúde do Adulto da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestra
em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem em
Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lucia
Siqueira Costa

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gentil, Luana Llagostera Sillano

Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica: uma ferramenta para o paciente e família / Luana Llagostera Sillano Gentil - São Paulo, 2013.

161 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lucia Siqueira Costa

Área de concentração: Enfermagem em Saúde do Adulto

1. Revascularização miocárdica 2. Enfermagem (Educação)
3. Tecnologia educacional 4. Educação do paciente
5. Enfermagem.

Nome: Luana Llagostera Sillano Gentil

Título: Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica: uma ferramenta para o paciente e família.

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem e Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido, amigo e meu grande AMOR, Dé!
Muito obrigada por todo seu apoio, dedicação e incentivo.*

*Aos meus pais Maite e Luigi, por me auxiliarem a trilhar
sempre pelo melhor caminho.*

*Ao meu irmão Luigi por sua amizade e dedicação aos
meus pais.*

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga, Profa Dra Ana Lucia Siqueira Costa, muito obrigada pelo carinho e paciência.

À Profa Dra Ana Calil Sallum, pelas oportunidades, incentivo e pela amizade.

À superintendente Ivana e às gerentes, Audry, Cássia, Dora, Helen, Marina e Regina pela compreensão nesta etapa de minha vida.

À Nilda pelas coberturas de plantão e pela amizade.

À Diretoria de Enfermagem do Instituto do Coração da cidade de São Paulo que permitiu a coleta de dados desta pesquisa.

E finalmente aos pacientes, familiares e profissionais que concordaram em participar deste estudo.

Gentil LLS. Tecnologia educativa de cuidados para o pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica: uma ferramenta para o paciente e família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: Sabe-se que pacientes e famílias beneficiam-se de orientações educativas no período de pós-operatório de revascularização miocárdica. Deste modo, desenvolver uma ferramenta de ensino para ser utilizado neste período contribui para o melhor conhecimento sobre o autocuidado no domicílio, otimiza a recuperação e diminui o estresse destes indivíduos comum nesta etapa. Existem diversas ferramentas de ensino utilizadas para a orientação do paciente/família antes da alta hospitalar, entretanto, no Brasil, a produção de materiais fundamentados com orientações fidedignas e significativas, com a participação da população alvo, de expertise na área de cardiologia e com rigor metodológico para a construção destas ferramentas, ainda representa uma lacuna na produção do conhecimento. **Objetivos:** O objetivo geral desta pesquisa foi elaborar uma ferramenta educativa que auxilie no autocuidado de paciente revascularizado e família após a alta hospitalar e os específicos foram sistematizar, identificar, estruturar o conteúdo da ferramenta educativa e validar a adequação da linguagem, conteúdo e ilustrações da mesma com a participação de paciente/família e peritos em cardiologia. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem metodológica que contou com a participação de 35 pacientes/famílias e oito peritos na primeira fase e na terceira fase oito pacientes/famílias e peritos. Estes foram representados por enfermeiros, cardiologista clínico, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico clínico, psicólogo. A construção se deu em três diferentes fases: na primeira organizou-se o conteúdo da cartilha

mediante a revisão da literatura, a coleta de informações entre o grupo de paciente/família e entre os peritos em cardiologia; na segunda se deu a construção da ferramenta educativa piloto baseada nos dados da fase anterior, tendo como base as informações coletadas e sistematizadas pelos princípios teóricos de Orem e organizadas pelo referencial metodológico de Pasquali; a terceira fase consistiu da apresentação da ferramenta educativa piloto aos pacientes/familiares e peritos em cardiologia para validação do conteúdo, linguagem e ilustrações com a utilização de um instrumento desenvolvido para este fim. Após conclusão desta etapa foram realizadas a construção da ferramenta educativa aperfeiçoada, a diagramação e a impressão da versão final.

Resultados: Os itens que foram frequentemente identificados para inclusão na ferramenta se referem ao uso correto dos medicamentos e as alternativas para conter os gastos com estes, cuidados com a alimentação, com a dieta e com o uso de bebidas alcoólicas, realização de atividades físicas e atividades de vida diária, cuidados com a ferida operatória, identificação de intercorrências e direcionamento à serviços de saúdes, retorno à consulta médica e orientações sobre adaptação psicológica e enfrentamento das dificuldades no pós-operatório.

Conclusão: A construção e validação da ferramenta educativa focada no autocuidado, poderá ser útil em pesquisas futuras para aumentar as estratégias de enfrentamento dos pacientes/famílias e otimizar o planejamento da alta pelos profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Revascularização miocárdica. Enfermagem (Educação). Tecnologia educacional. Educação do paciente. Enfermagem.

Gentil LLS. Educational technology for postoperative care after CABG: a tool for patients and family [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: It is well known that patients and families benefit from educational orientations while recovering from coronary artery bypass graft surgery (CABG). Therefore, developing a teaching tool to be used during this period contributes to a better understanding of self-care at home, optimizes recovery, and decreases stress, a symptom common to these individuals at this stage. There are several teaching tools used to guide the patient/ family prior to discharge. However, in Brazil, the production of materials based on reliable guidelines, with the participation of the target population and experts in cardiology, and adequate methodology still represents a gap in knowledge production. **Objectives:** The general objective of this research was to develop an educational tool to assist in the self-care of patients undergoing CABG and their families after discharge. Specific objectives were to systematize, identify, and structurize the content of an educational tool and validate the appropriateness of language, content and illustrations, with the participation of patients/families and experts in cardiology. **Method:** This is a study of methodological approach that included the participation of 35 patients/families and eight experts in the first phase, and eight patients/families and experts in the third phase. The experts were represented by nurses, clinical cardiologists, physiotherapist, dietician, clinical pharmacist, and a psychologist. The construction took place in three different phases: in the first phase the contents of the booklet were organized through a review of the literature and collection of information from the group of patients/families and among experts in cardiology; in the second phase an educational pilot tool was constructed based on data from the previous phase,

with the information collected and systematized by the theoretical principles of Orem and organized by the methodological framework of Pasquali; the third phase consisted of the presentation of the pilot educational tool for patients/families and experts in cardiology for validation of content, language and graphics, using a tool developed for this purpose. This led to the construction of an improved educational tool with a revised layout, and the final version was printed. **Results:** The items that were frequently identified for inclusion in the tool refer to the correct use of medications and alternatives to contain spending on these, nutritional care, use of alcohol, physical activities and activities of daily living, wound care, identifying and targeting the complications of home health services, return to medical consultation, and guidance on psychological adjustment and coping difficulties postoperatively. **Conclusions:** The construction and validation of an educational tool focused on self-care may be useful in future research to increase the coping strategies of patients/ families and optimize discharge planning by health professionals.

KEYWORDS: Myocardial Revascularization. Education, nursing. Educational Technology. Patient Education as Topic. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico de distribuição das porcentagens de concordância para itens classificados como “muito importante” no instrumento de coleta de dados pelos pacientes/familiares entrevistados na primeira fase.	67
Figura 2	Gráfico de distribuição das porcentagens de concordância para itens classificados como “muito importante” no instrumento de coleta de dados pelos peritos entrevistados na primeira fase.	71
Figura 3	Gráfico de distribuição mostrando a participação dos pacientes/familiares e peritos na seleção dos itens para a elaboração da ferramenta educativa piloto.	92
Figura 4	Gráfico de distribuição mostrando a relação entre o número de páginas e os temas selecionados para compor a ferramenta educativa final.	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos estudos segundo orientação de alta. 2012.	41
Tabela 2	Distribuição dos sete estudos conforme frequência dos temas abordados na orientação de alta hospitalar. 2012.	42
Tabela 3	Características sociomográficas dos pacientes na primeira fase da pesquisa. São Paulo. 2013.	60
Tabela 4	Classificação dos 46 itens do instrumento de coleta de dados de acordo com as respostas de pacientes/ familiares. São Paulo. 2013.	65
Tabela 5	Classificação dos 46 itens do instrumento de coleta de dados de acordo com as respostas de peritos. São Paulo. 2013.	69
Tabela 6	Características sociodemográficas dos pacientes da terceira fase da pesquisa. São Paulo. 2013.	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Benefícios decorrentes da atividade física.	32
Quadro 2	Divisão de categorias apresentadas na ferramenta educativa piloto conforme o tema.	51
Quadro 3	Características dos peritos em cardiologia	62
Quadro 4	Apresentação dos itens selecionados por pacientes/ familiares e peritos para a construção da ferramenta educativa.	90
Quadro 5	Apresentação dos itens selecionados por peritos para a construção da ferramenta educativa.	91
Quadro 6	Apresentação dos itens selecionados por pacientes/ familiares para a construção da ferramenta educativa.	91

LISTA DE SIGLAS

AHA	American Heart Association
AI	Angina instável
CEC	Circulação extracorpórea
DAC	Doença arterial coronariana
DC	Débito Cardíaco
DP	Desvio Padrão
FA	Fibrilação Atrial
FC	Frequencia Cardíaca
FUND.	Ensino Fundamental
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
ICP	Intervenção Coronariana Percutânea
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
INCOR	Instituto do Coração do HCFMUSP
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
MÁX	Máximo
MIN	Mínimo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
RCV	Reabilitação Cardiovascular
RM	Revascularização Miocárdica
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TVP	Trombose Venosa Profunda
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VE	Ventrículo Esquerdo
VO ₂	Consumo de Oxigênio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	O interesse na temática	1
1.2	Justificativa para elaboração de uma ferramenta educativa ...	2
1.3	REVISÃO DA LITERATURA	4
1.3.1	Síndrome coronariana aguda	4
1.3.2	A cirurgia de revascularização miocárdica	7
1.3.3	Alta hospitalar após a revascularização miocárdica	8
1.3.4	Importância do autocuidado no pós-operatório como planejamento de alta	9
1.3.5	Tecnologias educativas para a alta hospitalar	12
1.3.6	Orientações para a alta hospitalar	15
1.3.6.1	Prevenção secundária da doença aterosclerótica	15
1.3.6.2	Orientações sobre o uso dos medicamentos	16
1.3.6.3	Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta	23
1.3.6.4	Cuidados com a incisão cirúrgica	23
1.3.6.5	Alimentação	24
1.3.6.6	Controle da pressão arterial e glicemia capilar	26
1.3.6.7	Controle do tabagismo	27
1.3.6.8	Relacionamento social	28
1.3.6.9	Atividade física e condicionamento cardiovascular	29
1.3.6.10	Atividade sexual	33
1.3.6.11	Retorno às atividades básicas da vida	34
1.3.6.12	Adaptação psicológica	34
1.3.6.13	Qualidade de vida	36
2	OBJETIVOS	37
2.1	Objetivo geral	37
2.2	Objetivos específicos	37

3	MÉTODOS	38
3.1	Tipo de pesquisa	38
3.2	Aspectos éticos	38
3.3	Fases de construção da ferramenta educativa	39
3.3.1	PRIMEIRA FASE	40
3.3.1.1	Revisão da literatura e construção do instrumento para coleta de dados	40
3.3.1.2	Participação de pacientes e familiares na pesquisa	44
3.3.1.2.1	Local da coleta de dados de pacientes e familiares	44
3.3.1.2.2	Amostra de pacientes e familiares	44
3.3.1.2.3	Procedimentos para coleta de dados de pacientes e familiares	45
3.3.1.2.4	Análise de dados de pacientes e familiares	46
3.3.1.3	Participação de peritos na pesquisa	48
3.3.1.3.1	Amostra de peritos	48
3.3.1.3.2	Procedimentos para coleta de dados de peritos	49
3.3.1.3.3	Análise de dados de peritos	50
3.3.2	SEGUNDA FASE	50
3.3.2.1	Seleção do conteúdo e linguagem da ferramenta educativa piloto	52
3.3.2.2	Seleção das ilustrações da ferramenta educativa piloto	53
3.3.2.3	Composição da ferramenta educativa piloto	53
3.3.3	TERCEIRA FASE	54
3.3.3.1	Instrumento para análise de linguagem e conteúdo/ilustrações da ferramenta educativa piloto	54
3.3.3.2	Validação da ferramenta educativa piloto por pacientes e familiares	55
3.3.3.2.1	Local de coleta de dados de pacientes e familiares	55
3.3.3.2.2	Amostra de pacientes e familiares	55
3.3.3.2.3	Procedimentos para coleta de dados de pacientes e familiares	56
3.3.3.2.4	Análise de dados de pacientes e familiares	57

3.3.3.3	Validação da ferramenta educativa piloto por peritos	57
3.3.3.3.1	Amostra de peritos	57
3.3.3.3.2	Procedimentos para coleta de dados de peritos	57
3.3.3.3.3	Análise de dados de peritos	58
3.3.3.4	Elaboração da ferramenta educativa final	58
3.4	Financiamento e conflitos de interesse	58
4	RESULTADOS	60
4.1	RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE	60
4.1.1	Características sociodemográficas e de tratamento do grupo de pacientes da primeira fase	60
4.1.2	Características profissionais do grupo de peritos	61
4.1.3	Resultados dos dados coletados na primeira fase de construção da ferramenta educativa	63
4.1.4	Apresentação dos comentários espontâneos dos pacientes/famílias não incluídos no instrumento de coleta	71
4.1.5	Análise de dados coletados na primeira fase: questões abertas a pacientes e familiares	77
4.1.6	Análise de dados coletados na primeira fase: questões abertas a peritos	87
4.2	RESULTADOS DA SEGUNDA FASE	89
4.2.1	Construção da ferramenta educativa piloto	89
4.3	RESULTADOS DA TERCEIRA FASE	93
4.3.1	Características sociodemográficas do grupo de pacientes da terceira fase	93
4.3.2	Características do grupo de peritos da terceira fase	95
4.3.3	Análise dos dados coletados de pacientes na terceira fase	95
4.3.4	Análise dos dados coletados de peritos na terceira fase	99
4.3.5	Elaboração da ferramenta educativa final	104

5	DISCUSSÃO	109
6	LIMITAÇÕES	120
7	CONCLUSÃO	121
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
	REFERÊNCIAS	126
	APÊNDICE A	142
	APÊNDICE B	144
	APÊNDICE C	145
	APÊNDICE D	146
	APÊNDICE E	149
	APÊNDICE F	150
	APÊNDICE G	156
	ANEXO 1	157
	ANEXO 2	159
	ANEXO 3	161

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - O Interesse na temática

A escolha desta pesquisa foi consequência da afinidade e da experiência que a pesquisadora adquiriu enquanto enfermeira assistencial de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cardiológica, voltada ao atendimento de pacientes cardiopatas submetidos à reperfusão miocárdica. A cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica (RM) é um dos procedimentos de reperfusão mais realizados em pacientes atendidos nesta unidade e exige que a equipe multiprofissional seja responsável pela assistência integral, direta e indireta, tanto do paciente como de seus familiares e acompanhantes.

Atualmente, o período de pós-operatório em UTI é breve, com duração de dois a três dias, porém percebe-se que tanto o paciente quanto a família apresentam ansiedade, estresse e alterações emocionais frente ao impacto do procedimento cirúrgico, seja ele físico, emocional ou socio-econômico.

O paciente-família são instruídos durante a internação, pela equipe multiprofissional, sobre os procedimentos, exames e condutas realizadas, a fim de garantir o entendimento do plano de recuperação. Porém, estas ações educativas são diretas, sucintas e, muitas vezes, não contemplam adequadamente o preparo e o planejamento para a alta.

Após a permanência em UTI, os pacientes são encaminhados para unidades de internação, totalizando em média 10-11 dias de internação.¹ Nessa trajetória recebem informações sobre diferentes conteúdos que irão sustentar a transferência de responsabilidades antes da alta hospitalar. As orientações voltadas para a alta do paciente cardiopata ocorrem, em geral, em um contexto voltado apenas para a cardiopatia, sem especificações de cuidados pós-

cirúrgicos, o que fragiliza a orientação linear sobre o autocuidado após a alta hospitalar.

Sendo assim, com o intuito de permitir que o paciente e família tenham acesso a uma ferramenta educacional de apoio à alta hospitalar, foi desenvolvido um projeto de pesquisa para atender esta lacuna na produção do conhecimento, identificada na prática assistencial da pesquisadora, na literatura e nas discussões com profissionais especialistas em cardiologia. Os objetivos desta ferramenta educacional foram direcionar o autocuidado para prevenção secundária dos eventos cardíacos, bem como incentivar o retorno às atividades físicas, a adesão e segurança no uso de medicamentos, as modificação de hábitos de vida, o controle de comorbidades e a melhora da qualidade de vida.

1.2 - Justificativa para elaboração de uma ferramenta educativa

Sabe-se que o suporte educacional à família faz parte do plano terapêutico de cuidados ao paciente.² Entretanto verifica-se tanto na literatura, como na prática clínica, que existem poucos estudos focados nas ações educativas direcionadas ao paciente e à família, principalmente, aqueles com foco no binômio paciente-família como cliente.

A família deve ser compreendida como um sistema no qual cada membro exerce uma função diferente, possibilitando a existência de uma dinâmica conjunta. Porém, quando um membro da família adoece, ocorre um desequilíbrio do funcionamento desta dinâmica familiar.³ O planejamento da alta é de responsabilidade multiprofissional e visa o autocuidado do paciente, bem como o preparo da família para assumir ou compartilhar os cuidados.⁴ Dessa forma, neste estudo, o envolvimento dos familiares ocorreu tanto no levantamento das necessidades físicas, sociais e psicoemocionais,

quanto na validação da ferramenta de ensino a ser utilizada no pós-operatório da cirurgia de RM.

A transferência de responsabilidades na alta hospitalar, se não estruturada em programas planejados de orientações, promove ansiedade, estresse, e insegurança, o que contribui para o aumento das taxas de complicações pós-cirúrgicas e reinternações hospitalares.⁵

Para que o pós-operatório do paciente revascularizado seja menos traumático e mais seguro no domicílio, a alta hospitalar deve ser bem planejada, orientada e guiada pelas necessidades da população-alvo. Portanto, para que sejam desenvolvidas a capacidade de compreensão e as habilidades necessárias do paciente e família após a alta hospitalar, é fundamental a elaboração de um guia de cuidados padronizados. Tal guia deve ser direcionado para melhores práticas no cuidado pós-operatórios e fundamentado em evidências científicas.

Para o desenvolvimento de estratégias educacionais organizadas e voltadas ao paciente e sua família, deve-se avaliar a população com a qual se quer trabalhar, e considerar suas necessidades, limitações e preferências.⁶

Há evidências de que o planejamento da alta associado aos recursos educativos podem trazer benefícios à unidade paciente-família.⁷ Assim, a pesquisadora quis conhecer através do contato telefônico as práticas de suporte educativo realizados antes da alta hospitalar dos pacientes revascularizados em 17 hospitais da cidade de São Paulo (SP) cadastrados na Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiorácica. Observou-se nesta busca que as práticas educativas voltadas para o planejamento de alta hospitalar são escassas na área de enfermagem, uma vez que duas instituições relataram o planejamento da alta como uma prática incorporada ao processo de assistência.

Desta forma, fica evidente a necessidade de se construir e implementar materiais educativos como ferramentas auxiliares e de

grande valia na promoção da autonomia e segurança do paciente e família, contribuindo com o desempenho do autocuidado na realização das atividades diárias.

Sendo assim, nesta pesquisa elaborou-se uma ferramenta educativa multiprofissional para ser utilizada durante a internação e após a alta hospitalar do paciente revascularizado e de sua família. Espera-se que tal ferramenta possa ser empregada em pesquisas futuras, como estratégias de intervenção, para que se conheçam melhor as práticas do cuidado que contribuem para a recuperação física e emocional destes indivíduos.

O trabalho da equipe multiprofissional baseia-se no trabalho coletivo no qual as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diversas áreas promovem ações multiprofissionais de cooperação.⁸

O Ministério da Saúde preconiza que a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) seja permeada por ações de gestão fundamentadas no trabalho das equipes multiprofissionais. Dentre os princípios norteadores desta política, destacam-se: o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional por meio do incentivo à transversalidade e a grupalidade; e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e da valorização destes profissionais visando um processo de educação permanente.⁹

1.3 - REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1 Síndrome coronariana aguda

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é a maior causa de morbidade e mortalidade no mundo, manifestando-se pela angina instável (AI) e pelo infarto agudo do miocárdio (IAM)¹⁰. A progressão de uma lesão coronariana pode gerar redução e obstrução do fluxo sanguíneo coronariano para o miocárdio. As causas envolvidas na

SCA variam desde espasmos até a formação de placas ateroscleróticas, rotura das placas e embolização para o trajeto coronariano.¹⁰

Os tratamentos da SCA baseiam-se na estratificação dos pacientes em grupos de risco. Assim, há pacientes candidatos a terapia imediata de reperfusão, outros com indicação para tratamento conservador e aqueles que requerem apenas observação e avaliação por especialistas na área.¹¹

No Brasil, a taxa de mortalidade por doença do aparelho circulatório aumentou em 30% entre os anos 1990 e 2007, sendo as doenças arteriais coronarianas (DAC) e cerebrovasculares as mais prevalentes.¹² Os últimos dados publicados em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram que a taxa de óbito devido às doenças isquêmicas do coração é maior em homens (54 mil pessoas) do que em mulheres (39 mil pessoas).

13

As SCA são causas frequentes de internações hospitalares e da elevação de custos nos serviços de saúde em países industrializados¹⁴. Critérios diagnósticos e de tratamento do IAM com elevação do segmento ST estão bem definidos através da classificação de risco do paciente por nível de evidência. Entretanto, o IAM sem elevação do segmento ST permanece ainda sem homogeneidade para o seu diagnóstico e tratamento.^{14,15} Essas diferenças nas estratégias terapêuticas adotadas ao redor do mundo são decorrentes de variações geográficas, da presença de profissionais habilitados, laboratórios e serviços estruturados, alta tecnologia, bem como um perfil hospitalar adequado para o atendimento a esses doentes.¹⁵

No Brasil, o perfil do paciente e as estratégias terapêuticas adotadas para o atendimento e diagnóstico da SCA são similares aos dos países norte-americanos e europeus, contudo, a população brasileira leva mais tempo para procurar os serviços de saúde comparado a população de países desenvolvidos (em média 128

minutos de atraso).¹⁶ A chegada aos serviços de emergência tardiamente pode relacionar-se à falta de conhecimento dos sintomas ocasionados pela SCA por parte da população brasileira e à utilização de outros meios de transporte ao invés de ambulâncias.¹⁶ Este atraso do atendimento médico de emergência, desde o início dos primeiros sintomas, explica em parte o pior prognóstico do paciente comparado aquele que recebe atendimento precoce, visto que as estratégias de reperfusão miocárdica são tempo-dependentes.¹⁷

Pacientes que apresentam infarto com elevação do segmento ST e não são submetidos a nenhuma estratégia de reperfusão coronariana têm maior mortalidade intra-hospitalar e piores resultados clínicos, comparado aos que são submetidos a terapias de reperfusão.¹⁸

Na década de 90, a intervenção coronariana percutânea (ICP) foi instituída como estratégia de reperfusão miocárdica no Brasil, sendo inicialmente limitada a poucas instituições privadas de saúde no país.¹⁶

Até o ano de 1999, os serviços gerenciados pela rede do SUS tinham a cirurgia de RM como a única forma de intervenção para reperfusão miocárdica. Mudanças significativas ocorreram neste cenário com a adoção de estratégias de ICP pelo SUS a partir desse ano, dentre elas, a queda do número de cirurgias após o aumento de procedimentos para a implantação de endopróteses expansíveis ou stents.¹⁹

Vale citar que os stens são assim chamados em homenagem a Charles Thomas Stent, um dentista londrino que inventou uma placa de modelagem que não deformava com variações térmicas. Em 1986, esse termo passou a ser utilizado na cardiologia para descrever uma cirurgia de enxerto aórtico com stents de sustentação para substituição da valva mitral. Alguns anos depois, a palavra começou a ser utilizada pelos intervencionistas.²⁰

Em 2002, o estudo Global Registry of Acute Coronary Events

(GRACE)²¹, evidenciou que 28% da população brasileira e argentina ainda não recebia nenhuma terapia de reperfusão miocárdica e que existia uma tendência para o uso da angioplastia percutânea para os próximos anos.

Apesar dos avanços no tratamento da SCA observados nos últimos anos, incluindo o aprimoramento das técnicas de ICP, a cirurgia de RM ainda é utilizada como opção de tratamento em todo o mundo, seja pelas características da obstrução coronariana, seja pelos recursos disponíveis nos diferentes centros de tratamento.

1.3.2 - A cirurgia de revascularização miocárdica

A cirurgia de RM teve início no ano de 1968, com o cirurgião argentino René G. Favarolo que realizou a primeira anastomose no coração com a veia safena para reconstruir a circulação coronária obstruída pela aterosclerose²². A possibilidade de tratamento do IAM por meio da revascularização cirúrgica decorreu da utilização da circulação extra-corpórea (CEC). O uso da CEC teve início em 1955 para correção de defeitos congênitos na comunicação entre as cavidades cardíacas.²³

A RM é indicada aos pacientes que permanecem com dor torácica em repouso, mesmo em uso de outras formas de tratamento clínico, e aos pacientes com lesões coronarianas extensas que apresentam instabilidade hemodinâmica (edema agudo pulmonar, hipotensão, insuficiência da valva mitral, disfunção importante de ventrículo esquerdo e choque cardiogênico).

Os principais objetivos da cirurgia cardíaca são: reduzir os sintomas do paciente; proteger o miocárdio isquêmico; prevenir novos infartos; otimizar a função ventricular; recuperar a saúde física, emocional e social; e prolongar o tempo e a qualidade de vida do indivíduo coronariopata.¹⁰

Atualmente, são realizadas aproximadamente 28.000 cirurgias de RM por ano no Brasil²⁴, sendo que a maioria delas acontecem

com a utilização da CEC embora alguns estudos apontem resultados mais favoráveis sem o uso da CEC.²⁵

Estes dados demonstram que, mesmo considerando o avanço da implantação dos stents no cuidado ao paciente coronariopata, a cirurgia continua sendo uma alternativa importante para os pacientes de maior gravidade.

1.3.3 - Alta hospitalar após a revascularização miocárdica

Independentemente do tipo de procedimento e do método de reperfusão miocárdica utilizado, a internação, a intervenção e a alta causam desconforto, estresse e preocupações ao paciente coronariopata e à sua família.

O alto custo das internações hospitalares e os avanços tecnológicos têm contribuído para reduzir o tempo de internação e abreviar a alta hospitalar. Com isso, as orientações direcionadas para a alta hospitalar ficam prejudicadas, o que pode comprometer a continuidade do cuidado e o preparo do paciente para o retorno ao domicílio.²⁶ Está comprovado que a alta hospitalar precoce, quando não bem planejada, leva a reinternações, ao aumento dos gastos com a saúde e à diminuição da qualidade de vida do paciente.⁷

Os pacientes submetidos a RM e seus respectivos familiares consideram o período após a alta hospitalar como um período estressante.²⁷ Tendo em vista os inúmeros fatores que contribuem para alterações no desfecho clínico e emocional esperado após a alta, diferentes intervenções educativas têm sido estudadas para melhorar o entendimento da doença e dos cuidados pelo paciente e família. As estratégias educacionais pré e pós-alta hospitalar demonstram bons resultados na independência funcional do paciente.²⁸

O planejamento da alta pode contribuir para a melhora dos aspectos emocionais dos pacientes, relacionado à satisfação pessoal e à qualidade de vida; melhora da adesão ao uso das

medicações; redução de sintomas físicos e psicológicos, tais como fadiga, problemas para dormir, respiração curta, dor torácica, constipação, edema, náuseas e tontura; e melhoria do conhecimento do paciente acerca do seu estado de saúde, o que implica em menor ansiedade no domicílio.^{28,29}

1.3.4 - Importância do autocuidado no pós-operatório como planejamento de alta

As orientações e o treinamento do paciente e família para a alta hospitalar visam, dentre outros, ajudar no desenvolvimento do autocuidado e reduzir as barreiras e dificuldades percebidas pelos mesmos no domicílio.³⁰ Nesse contexto, o desenvolvimento das teorias de enfermagem permitiu o aprimoramento do conhecimento do enfermeiro em práticas direcionadoras do autocuidado, bem como o entendimento das ações de enfermagem focadas em um mesmo objetivo.³¹

As teorias podem ser definidas como generalizações abstratas que explicam como determinados fenômenos se interrelacionam. O objetivo de cada teoria é sintetizar o conhecimento, dar significado aos resultados, explicar fenômenos científicos e correlacionar o conhecimento com determinadas variáveis.³²

Com base no exposto, a elaboração desta pesquisa no formato de uma ferramenta educativa guiada para a orientação do paciente revascularizado e família, baseou-se em um modelo teórico de enfermagem voltado às atividades de autocuidado. Nesse sentido, o modelo da teorista, enfermeira e educadora Dorothea Elizabeth Orem adequa-se ao contexto de ensino e aprendizado, garantindo maior eficiência à prática das atividades propostas.

No processo de enfermagem, Orem define o autocuidado como a execução de atividades práticas pelo indivíduo em seu próprio benefício para manutenção da sua saúde, bem estar e

desenvolvimento.^{31,32} Uma vez que o indivíduo se considere incapacitado ou limitado para realizar tarefas, Orem considera a importância das intervenções do enfermeiro voltadas para guiar o cuidado, apoiar e ensinar o outro. O enfermeiro também pode, inicialmente, fazer a tarefa para o outro e propiciar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal como um método de auxílio aos pacientes que apresentam déficits de autocuidado.³¹⁻³³

Para satisfazer as necessidades de autocuidado, a teórica Orem identificou e classificou esses indivíduos e o contexto em que se encontram em três sistemas: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo é incapaz de realizar as atividades de autocuidado, necessitando das intervenções executadas pelo enfermeiro. No sistema parcialmente compensatório tanto o enfermeiro como o paciente executam as ações de cuidado, e no sistema de apoio e educação, o indivíduo consegue executar as ações de autocuidado e aprende a realizar essas ações com o auxílio do enfermeiro que atua como educador.³¹

O enfermeiro enquanto educador deve assumir a tarefa de regular o exercício e o desenvolvimento das atividades de autocuidado realizadas pelo paciente por meio do planejamento, apoio e atividades de ensino .

Em enfermagem, a atividade de promoção da saúde do indivíduo e da família faz parte dos princípios da profissão, na qual a manutenção do processo de vida e do funcionamento normal do ser humano (por meio do ensino, orientação e educação) constituem ações voltadas ao desenvolvimento do autocuidado.

Uma vez que a teoria de Orem permeia o princípio do autocuidado, responsabilização e dedicação para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo, tal referencial norteou o desenvolvimento do conteúdo desta ferramenta educativa a fim de ajudar o paciente a se recuperar no domicílio com maior independência e confiança. Além disso, a ferramenta educativa pode

ser considerada como uma estratégia de apoio e educação a ser utilizada pelos enfermeiros, para embasar o planejamento do cuidado e as orientações focadas para a alta hospitalar do paciente revascularizado.

Nesta pesquisa considerou-se o conceito do autocuidado como a capacidade apresentada pelo indivíduo de cuidar de si próprio, desempenhando atividades em seu próprio benefício e visando o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida. Desta forma, o autocuidado está fortemente relacionado a capacidade de sobrevivência e torna-se inevitável para o desempenho de uma vida com maior satisfação.

Portanto, neste processo de educação voltada ao autocuidado, o paciente e família devem participar ativamente do tratamento e reabilitação. Nesse contexto, a intervenção multiprofissional através de um plano educativo pode ser considerada uma política de planejamento de alta para aumentar a independência e a qualidade de vida do indivíduo e sua família.

O planejamento de alta é definido pela Organização Mundial de Saúde³⁴ como uma estratégia de liberação do paciente de um centro especializado de cuidados para o domicílio.³⁵

Planejar a alta significa organizar atividades específicas para um determinado grupo de pacientes hospitalizados a fim de obter uma assistência domiciliar segura. Este planejamento de alta deve ser elaborado com a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado e guiado por um roteiro sistematizado para facilitar a transição hospital-domicílio, contribuir para a independência do paciente e permitir a continuidade dos cuidados.³⁵

Pacientes que participam de atividades planejadas para a alta, durante e após a hospitalização, referem maior satisfação na compreensão dos fatores de risco para mudança de comportamento e dos sinais e sintomas específicos que podem ocorrer no período pós-operatório, quando comparados com os pacientes que não recebem orientações de alta.³⁶ Portanto, as estratégias de

orientação que precedem a alta hospitalar também influenciam na redução dos sintomas clínicos e psicológicos dos pacientes no pós-operatório, além de contribuir para maior adesão às atividades básicas nesse período.²⁷

Segundo Lazarus e Folkman (1984)³⁷ o processo de educação envolvido antes da alta encoraja os pacientes e seus familiares a aceitarem responsabilidades, enfrentarem as limitações a assumirem o controle da própria saúde. Dentre as diferentes estratégias de enfrentamento existentes, o entendimento da doença e de suas limitações favorece o enfrentamento dos desafios relacionados ao processo saúde-doença.³⁸

1.3.5 - Tecnologias educativas para a alta hospitalar

Em revisão da literatura realizada para esta pesquisa, não foram encontrados artigos que relatem a data ou o período de implantação de tecnologias educativas no âmbito hospitalar no Brasil. Entretanto, sabe-se que a política de educação do paciente e da família foi notavelmente valorizada após o surgimento das políticas de promoção a saúde, em especial após a implantação do SUS em 1988. Nesse sistema, a educação é vista como uma estratégia relevante para a promoção da saúde e enquadra-se nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.³⁹

Por definição, a promoção da saúde é um processo que visa melhorar a saúde da comunidade, com a participação efetiva dos indivíduos, além de propor novas opções para que os mesmos possam ter maior controle sobre a sua saúde.⁴⁰ A educação em saúde é vista como o desenvolvimento e disponibilização de experiências e informações de ensino para facilitar a adaptação voluntária a comportamentos que promovam a saúde dos indivíduos e famílias.⁴¹ A educação do paciente e da família baseia-se no conjunto de atividades educativas projetadas para melhorar o

comportamento e a qualidade de saúde dessa unidade (paciente-família).⁶

Em se tratando de saúde, paciente e família referem a importância de estarem inseridos no processo de decisão e tratamento e na maioria das vezes querem ser participantes ativos do cuidado. A educação em saúde efetiva requer a associação entre o educador e o aprendiz, de forma que as necessidades individuais de aprendizado, as formas de aprendizagem e as potenciais barreiras sejam identificadas para que, posteriormente, um plano de educação seja estruturado.^{6,41}

Segundo a instituição organizadora de qualidade hospitalar, *Joint Commission* (2003)⁶, o processo de educação do paciente e da família deve iniciar no momento da admissão hospitalar, persistir durante a internação e seguir como planejamento para a alta. Os objetivos da realização de propostas educativas em diferentes momentos da internação são promover maior segurança ao paciente e família, propiciar o esclarecimento de dúvidas, permitir a atualização das informações e assegurar a continuidade do cuidado.

As intervenções direcionadas para o familiar incentivam a confiança e estimulam o desenvolvimento de competências para o desempenho das tarefas de autocuidado, o que contribui para a diminuição dos estressores deste familiar.²

Estimular o paciente e família a participarem do cuidado é um desafio crescente para os profissionais da saúde e implica na importância do desenvolvimento de planos de ação educativos. Desta forma, a ferramenta educativa estimula a autonomia do paciente e família, bem como desmistifica conceitos errôneos.

Dentre as diferentes ferramentas de ensino que podem ser utilizadas pela equipe multidisciplinar no planejamento da alta, os materiais impressos, a comunicação verbal, os vídeos e os materiais educacionais digitais incentivam o desenvolvimento das estratégias de educação.⁶

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) publicou uma cartilha que contempla os principais aspectos que impactam na prática assistencial de enfermagem. Nesse conteúdo, o tópico "paciente envolvido com sua segurança" aborda a importância da interação do paciente com os profissionais de saúde, demonstrando com clareza que, quando os pacientes estão ativamente envolvidos em seu próprio cuidado há melhoria da segurança no domicílio.⁴¹

Outros padrões de qualidade, também referentes à educação do paciente e da família incluem o uso seguro dos medicamentos, a atenção quanto às potenciais interações entre medicamentos e alimentação, a orientação nutricional, o controle da dor e as técnicas de reabilitação.³⁹

Os métodos educativos devem considerar os valores e as preferências do paciente e da família, os discursos dos mesmos, a abordagem didática (visando a comunicação efetiva e a educação) e a aplicação das práticas de ensino em intervalos múltiplos durante a hospitalização e no domicílio.⁴² Além disso, tais métodos devem permitir que exista interação entre o paciente/família e a equipe, a fim de garantir a aprendizagem. Todos os profissionais de saúde que cuidam do paciente devem colaborar com o conhecimento individual⁶, especialmente o enfermeiro, que representa o profissional educador, gerenciador de ações de enfermagem e mediador dos processos de ensino-aprendizagem.³⁹

O processo de alta hospitalar e retorno para a casa é apontado pelos pacientes revascularizados como um importante processo de transição para recuperação e reabilitação.⁴² Os pacientes relatam que o evento cirúrgico é um choque emocional, social e financeiro e que um planejamento de alta adequado e guiado por estratégias educativas contribui para a redução da ansiedade no pós-operatório.

43,44

A ocorrência de um evento estressante na vida de um indivíduo ou família, mesmo que por um período curto, tem potencial

para promover alterações comportamentais, emocionais e sociais. As formas pelas quais as pessoas enfrentam os desafios ou ameaças dependem fortemente das estratégias e dos recursos de enfrentamento disponíveis.³⁷ Ao considerar os recursos disponíveis no ambiente hospitalar destacam-se os recursos materiais (de apoio educativo) e sociais, com a participação dos profissionais de saúde no auxílio à família.^{37,38}

1.3.6 - Orientações para a alta hospitalar

1.3.6.1 - Prevenção secundária da doença aterosclerótica

Uma vez que o paciente é submetido à cirurgia de RM em decorrência de doença aterosclerótica (DAC), critérios e medidas de prevenção secundária da DAC devem ser instituídos. A prevenção secundária é a modificação dos fatores de risco e o trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional para reduzir a probabilidade do evento coronariano acontecer novamente.⁴⁵

Dentre as estratégias de prevenção secundária da DAC, destacam-se: adesão medicamentosa (aspirina ou clopidogrel, beta bloqueador, IECA, estatinas); inclusão do indivíduo nos programas de reabilitação cardíaca; cessação do tabagismo; controle da hipertensão e (ou) da diabetes; controle de peso; e gerenciamento do estresse e dos sintomas psicológicos.⁴⁵⁻⁴⁶

Yam (2006)⁴⁶ demonstrou em seu estudo que o trabalho da equipe multidisciplinar aumenta a compreensão e a adesão aos cuidados como forma de prevenção secundária da DAC após a cirurgia cardíaca. O desenvolvimento de um programa organizado e baseado em recomendações de especialistas maximiza a educação do paciente e o auto-aprendizado, o que aperfeiçoa a qualidade do cuidado e os resultados dos pacientes (adesão medicamentosa e modificação dos fatores de risco).

1.3.6.2 - Orientações sobre o uso dos medicamentos

A prevenção secundária da SCA por meio da utilização de aspirina e dos betabloqueadores para os pacientes que apresentam disfunção do ventrículo esquerdo (VE) ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC), bem como de hipolipemiantes e de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) está bem estabelecida na prática clínica.⁴⁷

Antiagregantes Plaquetários

Dentre os antiagregantes plaquetários comumente prescritos, destacam-se a aspirina e o clopidogrel. A prescrição da aspirina após os eventos isquêmicos do miocárdio melhora as condições de saúde do paciente coronariopata, reduz a mortalidade, melhora a fração de ejeção do ventrículo esquerdo, reduz o período de hospitalização e conseqüentemente antecipa a alta hospitalar.⁴⁸

A aspirina atua reduzindo significativamente o risco de obstrução das pontes venosas coronarianas no primeiro ano de pós-operatório. Portanto trata-se de um medicamento profilático para a formação de trombos e deve ser continuamente utilizado pelo paciente após a RM. A dosagem da aspirina pode variar de 100 a 325 mg diariamente e a terapia deve ser continuada indefinidamente.⁴⁸

O mecanismo de ação da aspirina é a inibição irreversível da enzima ciclooxygenase 1 e 2 que resulta na diminuição da formação dos precursores de prostaglandinas, impedindo a produção de tromboxano (agonista e vasoconstritor) e a agregação plaquetária. Porém, muitos pacientes desenvolvem resistência ao uso da aspirina, quando a inibição da produção de tromboxano se torna incompleta, o que aumenta o risco do paciente desenvolver novos eventos cardiovasculares.⁴⁹

O uso oral da aspirina deve ser realizado preferencialmente durante a alimentação ou em jejum (com um copo de leite) para

evitar irritação gastrointestinal. Pacientes com sensibilidade a salicilatos ou que apresentam úlceras gastrointestinais sintomáticas ou complicadas não devem utilizar a aspirina. Ademais, o uso de álcool (mais do que três doses por dia) aumenta o risco de sangramento nos pacientes em uso de aspirina e a possibilidade de lesões do trato gastrointestinal.⁵⁰

Como o uso da aspirina está associado ao comprometimento da hemostasia, complicações hemorrágicas podem ocorrer. Dentre as reações adversas associadas ao uso desse fármaco, citam-se: úlceras gastrointestinais (3-21% dos casos), dispepsia, epigastria, arritmias, edema, agitação, taquicardia, confusão, tontura, fraqueza, cefaléia, insônia, letargia e (ou) rash cutâneo.⁵⁰

O clopidogrel é um antagonista irreversível do receptor plaquetário P2Y₁₂⁵¹, prevenindo a ativação do receptor GPIIb/IIIa e reduzindo a agregação plaquetária. Ainda existem controvérsias quanto a utilização do clopidogrel como terapia combinada ao AAS. Por um lado, existem evidências que a dupla antiagregação (AAS e clopidogrel) apresenta segurança e viabilidade para manutenção da permeabilidade das pontes coronarianas,⁴⁹ no entanto, a terapia isolada com o uso de clopidogrel demonstra a manutenção da permeabilidade das pontes coronarianas do primeiro até o décimo segundo mês após a cirurgia de RM.⁵²

O clopidogrel é um medicamento que pertence à categoria farmacológica dos antiagregantes plaquetários e geralmente é prescrito na dosagem de 75 mg uma vez ao dia e por, no mínimo, um ano após a cirurgia de RM.⁵⁰ O uso do clopidogrel reduz a probabilidade de eventos aterotrombóticos nos pacientes recém infartados e pós cirurgia de RM.⁵²

O clopidogrel pode ser utilizado independente das refeições. Como o clopidogrel altera a hemostasia, seu principal efeito adverso é o sangramento, que na maioria das vezes está associado ao uso concomitante de outro anticoagulante, às úlceras gástricas e às doenças hepáticas. A frequência de efeitos adversos, como o rash

cutâneo, prurido, púrpura e epistaxe, varia de 3-10% nos pacientes que utilizam clopidogrel.⁵⁰

Dentre as recomendações para o uso do clopidogrel, estão: evitar o uso combinado de clopidogrel com inibidor da bomba CYP2C19, pois reduzem os níveis do metabólito ativo do clopidogrel, o que aumenta o risco dos eventos isquêmicos. Aos pacientes que precisam utilizar anti-ácidos recomenda-se o uso de ranitidina em vez de omeprazol ou pantoprazol. Algumas ervas utilizadas na alimentação apresentam atividade antiplaquetária adicional e elevam o risco de sangramento. Dentre elas, citam-se: o anis, a unha de gato, camomila, alho, gengibre, ginseng, ginkobiloba e açafrão.⁵⁰

O uso combinado de antiagregantes e anticoagulantes aumenta o risco de sangramento e fortalece a importância de orientação do paciente e família quanto a atenção para a identificação de sinais e sintomas de sangramento, em especial de sangramento do sistema nervoso central. As alterações possíveis nesses casos, são comprometimentos da força motora, modificações da fala e (ou) comportamento, visão turva, síncope e convulsões.⁵⁰

O clopidogrel deve ser descontinuado cinco dias antes de qualquer cirurgia eletiva, porém não existe evidência científica de que o clopidogrel deva ser descontinuado nos casos de cirurgia dentária.

50

Os anticoagulantes no pós-operatório de RM podem ser utilizados nos pacientes que sofrem de angina, porém a utilização dos anticoagulantes não demonstra interferência na manutenção da patência das pontes coronarianas⁵³. A warfarina é o principal anticoagulante prescrito no pós-operatório de RM quando existe a presença de arritmias.^{54,55}

Betabloqueadores

A terapia com o uso de betabloqueadores é efetiva na redução da mortalidade no primeiro ano dos pacientes submetidos a cirurgia de RM. Portanto, existe forte recomendação da utilização

dessa classe medicamentosa nos pacientes que sofreram IAM e foram submetidos a RM.⁵⁶

A utilização de betabloqueadores reduz a incidência de arritmias supraventriculares como a fibrilação atrial (FA), principal arritmia desenvolvida no pós-operatório da cirurgia cardíaca. Esse tipo de arritmia leva ao aumento do tempo de hospitalização e dos custos hospitalares, além de duplicar as chances do paciente desenvolver eventos isquêmicos (cerebral, cardíaco, renal).^{50,56}

O controle do ritmo cardíaco pelo uso precoce de betabloqueadores no pós-operatório de pacientes que não apresentam contra-indicações reduz a incidência de FA e de complicações associadas.⁵⁷

Os betabloqueadores interferem em algumas respostas induzidas pelos exercícios físicos, reduzindo a contratilidade do miocárdio, a frequência cardíaca (FC) e a pressão arterial (PA) sistêmica, assim como o consumo de oxigênio pelo miocárdio. Durante o exercício físico, os betabloqueadores melhoram a capacidade física, bem como diminuem o aparecimento de sintomas anginosos e das alterações eletrocardiográficas do segmento ST.^{56,57}

Dentre os betabloqueadores comumente prescritos no pós-operatório de RM no Brasil pode-se citar o atenolol, metoprolol, carvedilol, propanolol.⁵⁴

Hipolipemiantes

O aparecimento de lesões obstrutivas ateroscleróticas nas pontes coronarianas ocorrem com frequência de 30-40% nos primeiros 10 anos após a cirurgia de RM, especialmente nos pacientes com doenças hiperlipidêmicas.⁵⁸ Portanto, o tratamento medicamentoso com hipolipemiantes deve ser prescrito para todos os pacientes, exceto aos que possuem contra-indicações de uso. O objetivo dessa terapêutica é controlar o LDL (*low-density lipoprotein*,

ou lipoproteína de baixa densidade) para níveis inferiores a 100 mg/decilitro e reduzir a progressão da aterosclerose.^{57,58}

As estatinas e os fenofibratos são os medicamentos hipolipemiantes comumente prescritos na alta do paciente.⁵⁴

Dentre as estatinas frequentemente prescritas encontram-se a atorvastatina, a sinvastatina e a pravastatina. Essas drogas fazem parte de uma classe medicamentosa de hipolipemiantes, inibidores da 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A redutase (HMG-CoA) e são recomendadas para a prevenção secundária da DAC, bem como redução do risco de SCA e insuficiência cardíaca (IC).⁵⁰

O mecanismo de ação do inibidor da HMG-CoA Redutase aumenta a expressão dos receptores de LDL nos hepatócitos, o que estimula o seu metabolismo.⁵⁰

Geralmente a atorvastatina é prescrita na dose oral de 80 mg, uma vez ao dia e ajustada conforme o alvo do LDL. A sinvastatina, é indicada na dose de 10-20 mg uma vez ao dia, no final da tarde. Já a pravastatina deve ser administrada uma vez ao dia em dose de 40 mg.⁵⁰

Todos esses medicamentos podem ser ingeridos com alimentos, mas recomenda-se o uso da sinvastatina ao final da tarde, para se obter a eficácia máxima do medicamento.⁵⁰

Quanto às precauções para o uso da atorvastatina e sinvastatina, deve-se atentar para pacientes com diabetes mellitus (pode ocorrer aumento da glicemia e hemoglobina glicosilada), hepatotoxicidade, miopatia e rabdomiólise. As reações adversas, com incidência de até 10% para o uso destes medicamentos, são diarreia, artralgia e nasofaringite. Como o consumo de álcool aumenta o risco de eventos adversos hepáticos, o seu consumo deve ser evitado. Já as reações adversas ao uso da pravastatina com incidência de até 10% são a dor torácica, tontura, cefaléia, rash cutâneo, náusea, vômito, diarreia, aumento das transaminases, mialgia e tosse.⁵⁰

Os fenofibratos são agentes antilipidêmicos utilizados no tratamento dos níveis elevados de triglicérides no adulto. Estes medicamentos reduzem o LDL, o colesterol total e os triglicérides e aumentam o HDL (*high-density lipoprotein*, ou lipoproteína de alta densidade). A utilização dos fenofibratos deve ser combinada com a alimentação, pois o alimento aumenta a sua absorção. Os efeitos adversos relacionados ao uso de fibratos são as alterações respiratórias, dor abdominal, cefaléia, lombalgia, náusea, constipação e urticária.⁵⁰

Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)

Independente da técnica cirúrgica, do número de pontes e do método de proteção miocárdica utilizado no intraoperatório, os pacientes com frequência desenvolvem isquemias após a cirurgia de RM em decorrência da progressão da doença aterosclerótica. Existem evidências de que o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona, provocado pelo uso de IECA, melhora a função ventricular, a sobrevida e reduz o tamanho da área isquêmica dos pacientes infartados.^{59,60}

O mecanismo de ação dos IECA é a inibição da enzima conversora de angiotensina, responsável por transformar a angiotensina I em angiotensina II, um potente vasoconstritor, resultando em níveis reduzidos de angiotensina II, no aumento da concentração da renina plasmática e na redução da secreção de aldosterona. Esse mecanismo contribui para a redução da PA sistêmica, diminuição da vasoconstricção, otimização da pós-carga e da oxigenação miocárdica, redução da inflamação vascular local e na preservação do endotélio. Dessa forma, os IECA devem ser prescritos para todos os pacientes submetidos à cirurgia de RM a não ser que existam contra-indicações absolutas para o seu uso.⁵⁹

O captopril, enalapril, ramipril estão entre os principais IECAs prescritos como recomendação para a alta hospitalar.⁵⁴

Pode-se indicar a utilização do captopril nas dosagens de 6.25 mg a 25 mg, três vezes ao dia aos pacientes que apresentam HAS, IC ou disfunção do VE após IAM. O captopril deve ser ingerido 1 hora antes ou 2 horas após as refeições, pois os alimentos diminuem a concentração sérica deste medicamento. Assim, recomenda-se uma dieta com baixo teor de sódio a todos os pacientes em uso de IECA.⁵⁰

O enalapril e o ramipril podem ser prescritos na disfunção assintomática do VE, HAS e IC em diferentes doses e frequências conforme a necessidade de cada paciente.⁵⁰

As reações adversas apresentadas pelos IECA são o angioedema, hipercalemia, reações de hipersensibilidade, hipotensão, síncope, agranulocitose e comprometimento da função renal. As incidências dessas reações são pouco variáveis entre os medicamentos. Dentre as orientações de alta para o paciente e família, deve-se salientar os principais efeitos colaterais que podem aparecer durante a utilização dos IECA, como tontura, tosse e alterações do paladar.⁵⁰

Diuréticos

Os diuréticos são uma classe medicamentosa desenvolvida para aumentar o volume urinário, reduzir a volemia e a quantidade de sódio plasmático. Os diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e de alça (furosemida) bloqueiam a absorção de sódio e água nos túbulos distais e aumentam o débito urinário. Geralmente os diuréticos são prescritos aos pacientes com IC, HAS e aos pacientes que apresentam edema intersticial. Os efeitos colaterais relacionados ao uso desses diuréticos devem ser informados ao paciente e família na alta hospitalar. Dentre eles, destacam-se a hipovolemia, a desidratação, o desequilíbrio eletrolítico, o aparecimento de arritmias, a fadiga e tonturas.^{45,54}

1.3.6.3 - Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta

Eventos isquêmicos secundários após a cirurgia de RM podem ocorrer no pós-operatório da cirurgia cardíaca. Portanto, é importante que o paciente seja orientado sobre os sinais e sintomas de alerta para acionar ou ser direcionado aos serviços médicos e de saúde.⁴⁵

Dentre os sinais de alerta que requerem o direcionamento ao serviço de saúde, encontram-se a angina, confusão mental, crises convulsivas, febre persistente, taquicardia e pulsação irregular, fadiga progressiva que não acompanha o período de recuperação, dispnéia ou taquipnéia durante o repouso, edema, bem como vermelhidão e exsudação das incisões cirúrgicas.^{45,61}

Outra complicação existente após a retirada da veia safena é a trombose venosa profunda (TVP), considerada a quinta causa de readmissões hospitalares e morte no pós-operatório da cirurgia cardíaca, o que demonstra a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas da TVP pelo paciente e família como um problema sério de saúde.⁶²

A profilaxia da TVP após a RM ainda apresenta controvérsias na literatura, podendo variar desde a prescrição de métodos físicos e químicos, até a não prescrição de profilaxia, sendo nesses casos recomendadas atividade física e mobilidade dos membros inferiores.⁶²

No entanto, há evidências de que as meias elásticas compressivas possuem eficácia na redução da estase venosa e melhoram o fluxo sanguíneo nas veias profundas dos membros inferiores.⁶³

1.3.6.4 - Cuidados com a incisão cirúrgica

O aparecimento de infecção na incisão cirúrgica esternal é uma complicação grave após a cirurgia de RM e ocorre em até 1.8%

dos pacientes. Por conseguinte, a taxa de mortalidade associada à infecção, após a cirurgia cardíaca pode variar de 19 a 29%. Nesse contexto, a prevenção da infecção da incisão esternal envolve a profilaxia antibiótica e o adequado fechamento da incisão cirúrgica durante a internação e após a alta hospitalar.⁶⁴

No domicílio, recomenda-se a inspeção diária das incisões cirúrgicas (esternal, nos membros superiores ou inferiores) na busca de processos inflamatórios e infecciosos (vermelhidão, edema, endurecimento, dor e exsudação de secreção ou sangue), bem como a limpeza da incisão cirúrgica durante o banho, com água e sabonete neutro. Ademais, deve-se evitar banhos demorados e com temperaturas elevadas para evitar prejuízos no processo cicatricial.⁴⁵

1.3.6.5 - Alimentação

O suporte nutricional é um aspecto fundamental no processo de reabilitação do paciente após a cirurgia cardíaca. O estado nutricional do paciente interfere na sua recuperação, na cicatrização da incisão cirúrgica e no controle de fatores de risco da DAC.^{38,45}

Comprovadamente, níveis reduzidos de HDL representam um dos maiores fatores de risco para a doença cardiovascular e, quando associados a níveis elevados de LDL, aumentam a probabilidade da DAC. Muitos pacientes que apresentam doenças cardiovasculares utilizam, como estratégias farmacológicas, as estatinas (para o controle do LDL) e, como estratégias não farmacológicas, o controle da dieta, a perda de peso e a atividade física. Todas essas estratégias contribuem para a normalização do LDL e dos triglicérides e para o aumento do HDL.^{65,66,67}

Níveis aumentados de triglicérides também estão associados a níveis elevados de LDL e representam alto risco cardiovascular. Seu aumento pode decorrer da obesidade, do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e carboidratos, bem como do sedentarismo.

Assim, a redução do consumo de carboidratos e açúcares contribui para o aumento do HDL e redução do LDL e dos triglicérides.⁴⁵

O consumo de álcool de forma moderada (até 30g por dia) está relacionado a um menor risco de DAC, entretanto o consumo excessivo pode favorecer o aparecimento de doenças oncológicas, lesões do trato gastrointestinal, alterações hepáticas e aumento do risco cardiovascular.⁶⁸

Segundo Racca et. al (2010)⁶⁹, em estudo prospectivo observacional realizado com pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas, os pacientes que receberam dieta contendo grande quantidade de frutas, vegetais e suporte calórico controlado (30 kcal/kg/dia), balanceado com proteínas (15% a 20%), lipídios (30%) e carboidratos (50% a 55%), apresentaram aumento da albumina plasmática, melhora da anemia e redução dos marcadores inflamatórios. Nesse estudo, foi recomendada a suplementação de vitamina B12 aos pacientes no pós-operatório de RM, pois os seus níveis estavam reduzidos nesses indivíduos.

Os pacientes com excesso de peso apresentam fatores predisponentes à HAS, à diabetes, e às complicações pós-cirúrgicas associadas à obesidade.⁷⁰

Pacientes sobrepeso e que apresentam anormalidades metabólicas evidenciam mais complicações relacionadas a infecção de ferida operatória no pós-operatório da cirurgia cardíaca do que os pacientes eutróficos e os não-diabéticos.⁶⁹

Estima-se que aproximadamente 20 a 30% da prevalência da HAS decorre do excesso de peso. Isso aponta a necessidade de inclusão dos pacientes nessas condições em programas de controle de peso, afim de atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) abaixo de 25 kg/m².⁷⁰

A distribuição da gordura ao redor do abdômen também é considerada um risco cardiovascular (para mulheres, acima de 88 cm, e, para homens, acima de 102 cm) visto sua associação à resistência insulínica e à HAS.⁷⁰

As dietas menos calóricas e com menor quantidade de gorduras contribuem para a redução do colesterol, perda de peso e controle de comorbidades. No entanto, não é preciso que o paciente conte diariamente a quantidade de calorias que está ingerindo, nesse sentido, recomenda-se a simplificação da dieta por meio da retirada de alimentos gordurosos, gorduras de carnes vermelhas e ovos, substituindo-os por peixes, frutas, vegetais, cereais.⁴⁵

Aos pacientes com disfunção ventricular, IC, alterações da função renal e HAS recomenda-se o consumo controlado de sal na dieta.^{45,70}

Dietas com menos sódio (<2,4 d/dia), baseadas no consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e seus derivados desnatados, bem como na ingestão reduzida de gorduras saturadas e trans contribuem para a promoção da saúde.
38,70

1.3.6.6 - Controle da pressão arterial e glicemia capilar

A HAS é considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo responsável por 25% das mortes por DAC.⁷⁰

Um indivíduo considerado hipertenso é aquele com valores de pressão arterial sistólica (PAS) acima de 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) acima de 90 mmHg. O tratamento da HAS consiste na mudança do estilo de vida e, dependendo da classificação do estágio da HAS (pré-hipertensão, estágio 1 e estágio 2), na terapia medicamentosa combinada.⁷⁰

Dentro das estratégias não medicamentosas para o controle da HAS incluem-se o controle de peso, os hábitos alimentares saudáveis, a realização de atividade física, a cessação do tabagismo e o consumo moderado de bebidas alcoólicas.

Aos pacientes diabéticos um regime dietético apropriado deve ser seguido, baseado na restrição de consumo de carboidratos

simples e no controle rigoroso da glicemia. Estudos demonstram que o inadequado controle glicêmico contribui para o aparecimento de infecções no pós-operatório de RM e, conseqüentemente, com o aumento da mortalidade.^{64,69,71}

1.3.6.7- Controle do tabagismo

O tabagismo é um comportamento de vício, promovido pela nicotina e não deve ser interpretado como fraqueza ou comportamento de autodestruição. Todos os pacientes fumantes devem receber aconselhamento educacional por meio de programas de modificação de comportamento sobre cessação do tabagismo após a cirurgia de RM. Para determinados grupos de pacientes que demonstram iniciativa e vontade de parar de fumar, podem ser indicadas terapias farmacológicas como a reposição de nicotina e o uso da bupropiona.^{57,73,74}

Adesivos de nicotina somados a terapia de mudança comportamental otimizam o período de abstinência de pacientes fumantes.⁷³ Os adesivos associados a gomas de mascar, a base de nicotina, demonstram melhores resultados no período de abstinência do tabagismo quando comparados ao uso exclusivo de adesivo.⁷²

A bupropiona é um medicamento antidepressivo que reduz a ansiedade e o desejo pela nicotina. A bupropiona pode ser prescrita para alguns casos, em dosagens de 300 mg/dia e apresenta eficácia na cessação do tabagismo e perda de peso, além de possuir efeitos adversos mínimos.⁷⁴

A cessação do tabagismo após a cirurgia de RM está associada a menos sintomas anginosos, limitações para as atividades físicas, número de internações hospitalares, bem como aumento da sobrevida.⁷⁵

1.3.6.8 - Relacionamento social

A carência de suporte social está associada ao aumento de morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares. Embora o mecanismo exato desta contribuição não esteja bem definido, sabe-se que o estilo de vida é um fator contribuinte. O suporte social prejudicado apresenta influência sobre o comportamento de risco dos indivíduos, favorecendo hábitos como o tabagismo, o uso de bebidas alcoólicas e o consumo de alimentos gordurosos.⁷⁶

Existem diferentes tipos de suporte social, dentre eles, destacam-se: o suporte de avaliação (fornecimento de informações, dicas, conselhos); o suporte tangível (suporte material, financeiro e de serviços); o suporte de estima (suporte de retorno, valorizando e respeitando o indivíduo); o suporte emocional (aconselhamento emocional, envolve a proximidade e confidências sobre as emoções); e os grupos de apoio (que auxiliam por meio do companheirismo social)^{37,77}. Segundo King et al. (1993)⁷⁷, para os pacientes submetidos a cirurgia de RM e seus cônjuges, o suporte de estima oferecido durante o primeiro ano de pós-operatório apresentou maior relação com os resultados de bem-estar quando comparado com os outros tipos de suporte.

Lazarus e Folkman³⁷ já diziam que o suporte social adequado está associado a um melhor comprometimento do paciente com as situações relativas ao autocuidado. Outros estudos também demonstram que o suporte social contribui para a adesão à atividade física e às boas práticas de alimentação saudável.^{76,78,79}

Em estudo clínico prospectivo randomizado, foi demonstrado que pacientes e famílias com baixo suporte social são menos capazes de aderir à modificação do estilo de vida e seguirem dietas saudáveis no primeiro ano após a internação por doença cardiovascular. Ademais, a não adesão das modificações esteve associada a fatores psicosociais como depressão, sobrepeso e sedentarismo.⁷⁸

1.3.6.9 - Atividade física e condicionamento cardiovascular

Os benefícios da atividade física a longo prazo demonstram resultados positivos no controle dos fatores de risco cardiovasculares, na redução das taxas de mortalidade e na prevenção de eventos cardíacos recorrentes.⁸⁰

A prevenção das doenças cardiovasculares e a reabilitação da capacidade cardiopulmonar depois da cirurgia de RM, por meio da programação de exercícios físicos, melhora da qualidade de vida, o perfil lipídico, o controle glicêmico e o controle da PA, além de minimizar o estresse, a ocorrência de depressão e a obesidade.⁸⁰

Sabidamente o sedentarismo é considerado como fator de risco independente da DAC. Desta maneira, os programas de atividade física, como exercícios aeróbicos e atividades de resistência, previnem eventos coronarianos secundários, contribuem para o aumento da força muscular e da flexibilidade, previnem quedas e melhoram a independência funcional.⁸⁰

A reabilitação cardiovascular (RCV) é o período entre a quarta e a oitava semana após a cirurgia de RM e consiste em sessões de educação e atividade física. Essas são implementadas por uma equipe de trabalho multiprofissional e visam o reestabelecimento da saúde física, psicológica e laboral do indivíduo.^{57,81}

Em um programa de RCV após a RM, recomenda-se a prescrição de atividade física e orientações três vezes por semana durante três meses; a deambulação precoce; o aconselhamento sexual; e a educação da família. Essas orientações resultam em maior tolerância à atividade física, redução do peso corpóreo e menores taxas de mortalidade após a cirurgia.⁵⁷

A RCV também pode ser considerada um método de modificação dos fatores de risco e redução do estresse psicológico

nos pacientes após IAM. Além disso, a RCV contribui para a redução dos sintomas depressivos em pacientes idosos.⁸²

Os programas de RCV são capazes de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, aumentar o desempenho nas atividades diárias, reduzir a recorrência de lesões isquêmicas miocárdicas e, conseqüentemente, diminuir a mortalidade.⁸³

Sobre isso, destaca-se que os programas de RCV reduzem a mortalidade dos pacientes em até 27% e previnem a DAC secundária. As atividades desenvolvidas nesses programas incluem exercícios físicos, aconselhamento nutricional, recomendações sobre a cessação do tabagismo e orientações quanto ao controle de peso e à terapia medicamentosa.⁸³

Nos pacientes revascularizados, os exercícios físicos devem ser adequados à fase de recuperação, especialmente à fase inicial, considerando-se as condições da cicatrização cirúrgica da incisão esternal e dos membros inferiores.⁸¹

Os programas de exercícios comunitários são recomendados, sob orientação médica, aos indivíduos estáveis e com baixo risco para complicações ou novos eventos cardíacos. Os programas de exercícios na comunidade visam capacitar o indivíduo com base em sua rotina de vida. Isso demonstra que as modificações comportamentais e no estilo de vida influenciam na prevenção de novas doenças e na melhoria da qualidade de vida.^{81,83}

Os programas de atividades físicas devem ser traçados individualmente, levando em consideração o perfil de cada paciente, sua capacidade funcional, preferências, comorbidades e limitações.

80

As respostas cardiovasculares resultantes da atividade física aeróbica incluem o aumento do débito cardíaco (DC), do consumo de oxigênio (VO₂), da FC e da PS, bem como a redução da resistência vascular sistêmica. Os exercícios de resistência contribuem para a elevação da PS, da FC e, de forma discreta, do DC.⁸⁴

Estudos têm demonstrado que a capacitação para a atividade física nos pacientes coronariopatas reduz os níveis de estresse e a ocorrência de depressão, ansiedade e hostilidade, o que repercute em menores taxas de mortalidade.^{65, 85}

A atividade física em ambas modalidades (aeróbica e de resistência) contribui com a modificação de fatores de risco. Os exercícios aeróbicos estão associados à modificação dos componentes metabólicos e cardiopulmonares. Os exercícios de resistência levam ao aumento da força e da massa muscular, com melhora da mobilidade e redução das limitações físicas.⁸⁴

Os principais exercícios físicos aeróbicos prescritos pelo médico no processo de RCV são caminhadas, subir escadas, natação e dança. Já os exercícios de resistência incluem a musculação e pegar pesos (simétricos e com cautela). Os pacientes devem ser orientados a realizar atividade aeróbica, preferencialmente todos os dias, e com duração de pelo menos 20 a 30 minutos. As atividades de resistência devem ser praticadas em dias alternados (até três vezes na semana), envolver sessões para membros superiores e inferiores (de oito a 10 tipos de exercícios) e serem realizadas com frequência de 1 a 3 series de 10-15 repetições cada.^{80,86,87}

Nos pacientes que apresentaram eventos coronarianos, o sedentarismo e a obesidade são fatores frequentemente observados.⁶⁵ Como o sedentarismo é considerado o maior fator de risco modificável para o desenvolvimento da doença cardiovascular,⁸⁶ sugere-se que os programas de exercícios físicos e reabilitação cardíaca sejam associados ao controle da dieta, à modificação dos hábitos de vida e aos programas educativos. Esses últimos instigam os pacientes e seus familiares a aprenderem mais sobre a doença cardiovascular e, portanto, auxiliam os indivíduos no controle de suas condições de saúde.⁸⁵

De um modo geral, os programas de exercícios físicos trazem diferentes benefícios, como mostra a Quadro 1.

Quadro 1 Benefícios decorrentes da atividade física.

Melhora a capacidade física no exercício
Reduz índices de obesidade
Melhora o perfil lipídico
Melhora o comportamento (depressão, ansiedade, hostilidade)
Melhora a qualidade de vida
Reduz os custos com hospitalizações
Reduz processos inflamatórios
Melhora o tônus autonômico
Reduz a viscosidade sanguínea
Reduz os níveis de homocisteína plasmática
Reduz a morbi-mortalidade, principalmente quando associada a depressão e alterações psicológicas

Adaptado do Artigo "Cardiac Rehabilitation and Exercise Training in Secondary Coronary Heart Disease Prevention". 2011.⁶⁵

Apesar dos inúmeros benefícios resultantes da atividade física, existe pouca adesão aos programas de exercício físico, principalmente nos grupos entre mulheres, idosos, pessoas de baixo poder socioeconômico, e com comorbidades cardiovasculares.⁶⁵

A prática regular da atividade física contribui para a redução do risco cardiovascular, porém o exercício físico realizado de forma intensa pode aumentar o risco de isquemias miocárdicas transitórias, principalmente nos pacientes sedentários.⁸⁶

Os riscos envolvidos na prática da atividade física em pacientes no pós-operatório de RM inseridos em programas de RCV são, para cada 1 hora de exercício físico entre 1000 habitantes: parada cardíaca (8.6%), IAM (4.6%) e morte súbita (1.3%).⁸⁶

Estudos demonstram que os pacientes que realizam auto-atividade física no domicílio apresentam a mesma capacidade de realização de exercícios físicos, qualidade de vida e a mesma

frequência de eventos cardíacos recorrentes comparados a pacientes que seguem atividades físicas ambulatoriais. No entanto, esses programas de auto-atividade devem ser recomendados cuidadosamente apenas aos pacientes elegíveis segundo os critérios de risco para eventos cardíacos e teste de tolerância ao exercício.^{83,88}

1.3.6.10 - Atividade sexual

A atividade sexual é um importante componente para o bem-estar e qualidade de vida do paciente, pois se sabe que problemas relacionados ao desempenho das atividades sexuais causam alterações comportamentais, de humor e no relacionamento interpessoal. Geralmente, a atividade sexual entre pacientes com DAC envolve exercícios de baixa a moderada intensidade, com uma FC não superior a 135 bpm e uma PS de até 170 mmHg. Menos de 1% dos pacientes que praticam atividade sexual apresentam risco de novos eventos isquêmicos coronarianos.⁸⁹

Pacientes submetidos à RM, sem isquemias residuais significantes podem ser classificados como pacientes de baixo risco. Já no caso de pacientes que não se beneficiaram completamente da cirurgia, sugere-se a realização de exames de teste de esforço para avaliação da extensão e da gravidade das lesões isquêmicas. Os pacientes de baixo risco não precisam ser submetidos a nenhum teste cardíaco específico para o início da atividade sexual e podem ser encorajados a prática.⁸⁹

Os pacientes com doenças cardiovasculares apresentam duas vezes mais chance de desenvolverem disfunções sexuais, comparados aos indivíduos sem problemas de saúde. O entendimento da disfunção sexual entre pacientes coronariopatas é complexo. Entretanto, sabe-se que o comprometimento da circulação vascular periférica, os fatores psicológicos, como a ansiedade e a depressão, bem como o uso de medicamentos

(principalmente de betabloqueadores) podem influenciar no desenvolvimento da disfunção.⁹⁰

A função sexual pode ser otimizada com a melhora da função cardíaca após a cirurgia, levando ao aumento da disposição, da energia e da sensação de bem-estar.⁹⁰

1.3.6.11 - Retorno às atividades básicas de vida

A RM interfere no retorno das atividades de vida diária, nas atividades laborais e na independência física, social e financeira dos pacientes. O processo de cicatrização da incisão cirúrgica e da consolidação óssea do esterno varia em torno de 6 semanas. Portanto, nesse período, o paciente deve ser orientado a não realizar atividades que interfiram na estabilização e cicatrização óssea.⁴⁵

Gradualmente, os pacientes passam a desempenhar novamente suas tarefas e funções no âmbito familiar e social. Contudo, a evolução deste processo depende da idade do paciente, de suas comorbidades e da sua tolerância ao desconforto causado pela cirurgia.⁴⁵

1.3.6.12 - Adaptação psicológica

Depressão, ansiedade e hostilidade são considerados fatores de risco psicológicos para a DAC, o IAM recorrente e a morte. Portanto, as características comportamentais devem ser levadas em consideração no processo de RCV após eventos coronarianos⁹¹.

Aproximadamente 20% dos pacientes submetidos a cirurgia de RM apresentam depressão no pós-operatório, o que aumenta o risco de essa população desenvolver novos eventos isquêmicos do miocárdio.^{91,92}

Mais da metade dos pacientes que experienciam a cirurgia de RM relatam sintomas depressivos no período perioperatório, sendo

esse grupo mais suscetível à angina de repetição, piora da capacidade funcional e redução da qualidade de vida. No pós-operatório, são as altas chances de readmissões hospitalares, aparecimento de novos eventos cardíacos e mortalidade nesses pacientes.^{92,93} Destaca-se que esses fatos independem das comorbidades pré-existentes, do sucesso da cirurgia e do tempo de CEC.⁹³

Atualmente, o mecanismo exato responsável pelo aparecimento de sintomas depressivos entre os pacientes submetidos à cirurgia de RM é desconhecido e, provavelmente, está associado a diferentes fatores.⁹³ Sabe-se que a identificação precoce e o adequado tratamento da depressão influenciam na capacidade de reabilitação bio-psico-social e na redução da mortalidade. Tal tratamento pode ser exclusivamente medicamentoso ou associado a sessões de psicoterapia, bem como orientações rotineiras sobre gestão do autocuidado, reabilitação cardíaca, atividade física e adesão medicamentosa.⁹¹

Os sintomas depressivos influenciam adversamente nas respostas funcionais do indivíduo durante os primeiros seis meses de pós-operatório da cirurgia cardíaca.⁹² Entretanto, os programas de RCV e atividade física contribuem de forma efetiva para o aumento da sobrevida dos pacientes coronarianos com sintomas depressivos, comparados aos pacientes nas mesmas condições e que não aderem a esses programas.⁹¹

O envolvimento dos pacientes e famílias com o autocuidado dentro dos programas de RCV favorece o acesso a informação, promovendo o aparecimento de estratégias de enfrentamento voltadas para a recuperação após a RM.⁹¹

1.3.6.13 - Qualidade de vida

A qualidade de vida, quando baseada exclusivamente no julgamento clínico, em objetivos mensuráveis e de forma isolada pode representar inadequadamente os valores do paciente.⁹⁴

Os benefícios relativos aos procedimentos cirúrgicos, como a RM, podem ser discutidos por meio da avaliação do efeito promovido pela cirurgia, tanto em quantidade como em qualidade. A qualidade de vida dos pacientes cirúrgicos é um assunto de difícil análise devido a sua descrição subjetiva e à influência de outros fatores não terapêuticos.⁹⁵

Segundo Eales et al (2005),⁹⁴ para os pacientes que realizaram a RM, os fatores relacionados a melhoria da qualidade de vida são:

1. Retorno ao trabalho ou retorno ou às atividades de distração, com frequência e intensidade igual ou maior que a do período anterior à cirurgia.

2. Melhoria dos sintomas relacionados ao comprometimento cardíaco. No entanto, os pacientes tendem a confundir a dor do desconforto, causada pela esternotomia, com a dor anginosa. Por isso, apenas os pacientes que experienciaram angina antes da cirurgia podem considerar a melhoria dos sintomas após a cirurgia.

3. Aumento da capacidade funcional, uma vez que o indivíduo sente-se mais ativo do que antes da cirurgia.

4. Redução do uso de medicamentos, como betabloqueadores e nitratos. Isso evidencia a necessidade de utilização de uma gama de medicamentos e sua influência na qualidade de vida dos pacientes.⁹⁵

Eales (2005)⁹⁴ também demonstrou que o sucesso após a cirurgia cardíaca, se mensurado em termos de qualidade de vida, não é dependente de parâmetros médicos, mas de fatores psicossociais, dentre os quais, a família apresenta importante papel.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Elaborar uma ferramenta educativa que auxilie no autocuidado do paciente revascularizado e família após a alta hospitalar.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o conteúdo que fará parte da ferramenta educativa.
- Sistematizar o conteúdo da ferramenta educativa.
- Estruturar a ferramenta educativa.
- Validar o conteúdo, a linguagem e as ilustrações da ferramenta educativa com a colaboração dos pacientes, familiares e peritos em cardiologia.

3 - MÉTODOS

3.1 - Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, ou seja, voltada para o desenvolvimento e construção de um instrumento confiável e preciso que possa ser utilizado por outros pesquisadores.⁹⁶

Uma vez que o desenvolvimento metodológico desta pesquisa consiste na construção de uma ferramenta educativa direcionada ao autocuidado dos pacientes revascularizados, utilizou-se o modelo de Orem, teorista de enfermagem que trabalha com o desenvolvimento do autocuidado, como referencial teórico.³² Em contrapartida, pensando-se no rigor da construção da ferramenta, julgou-se pertinente trabalhar também com o referencial metodológico de Pasquali (2003),⁹⁷ restrito ao pólo teórico, a fim de guiar a construção do conteúdo com base nas experiências da população-alvo.

3.2 - Aspectos éticos

O projeto de Pesquisa de número CAAE 06098312.8.0000.5392 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP, Anexo 1). Além disso, foi autorizado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP, Anexo 2) e pela Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP, Anexo 3).

Este estudo está em acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução 196/96 (Brasil, 1996)⁹⁸. Como será descrito, todos os

participantes ou seus responsáveis preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice A).

3.3 - Fases de construção da ferramenta educativa

A construção da ferramenta educativa baseou-se em uma trajetória metodológica dividida em três fases, a ser:

- A primeira fase envolveu a revisão da literatura, a coleta de dados entre o grupo de paciente-família e entre os peritos em cardiologia. Para as coletas, foi utilizada uma ficha de caracterização sociodemográfica para pacientes e familiares (Apêndice B), uma ficha de caracterização profissional para peritos (Apêndice C) e um instrumento de coleta de dados, desenvolvido com o objetivo de identificar os itens necessários para a composição da ferramenta educativa piloto (Apêndice D).

- A segunda fase da pesquisa correspondeu à construção da ferramenta educativa piloto baseada nos dados da fase anterior. A construção dos itens que compuseram a ferramenta educativa piloto seguiu o referencial metodológico de Pasquali⁹⁷, e o referencial teórico do autocuidado segundo Orem³¹.

- A terceira fase consistiu na apresentação da ferramenta educativa piloto aos pacientes, familiares e peritos em cardiologia. Aos pacientes e familiares foi aplicada uma ficha de caracterização sociodemográfica modificada (Apêndice E). A validação do conteúdo, da linguagem e das ilustrações da ferramenta educativa piloto foi realizada pelos pacientes, familiares e peritos utilizando-se um instrumento desenvolvido para este fim (Apêndice F). Ao final da terceira fase foi construída a ferramenta educativa final (Apêndice G).

3.3.1 - PRIMEIRA FASE

3.3.1.1 - Revisão da literatura e construção do instrumento de coleta de dados

Para a fundamentação literária e construção do instrumento de coleta de dados, necessário para o desenvolvimento da ferramenta educativa piloto, foram selecionados artigos científicos publicados na base de dados PubMed. Para isso, foram utilizados os seguintes unitermos em português: "ponte de artéria coronária", "educação do paciente como assunto" e "alta do paciente". Os unitermos em inglês foram "coronary arterial bypass", "patient education as a topic", "patient discharge"; e em espanhol foram "puente de arteria coronaria", "educación del paciente como assunto" e "alta del paciente".

A metodologia utilizada foi a revisão integrativa de artigos científicos, publicados entre o período de 2008 a 2012 (recorte temporal de cinco anos) e direcionados à pergunta: "Quais orientações sobre autocuidado são abordadas no pós-operatório da cirurgia de revascularização miocárdica?".

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Excluíram-se as produções que utilizaram crianças e adolescentes como amostra e as pesquisas com modelos animais. Com base nesses critérios, dezoito artigos foram encontrados.

Após a avaliação dos títulos e resumos, verificou-se que cinco investigações não atendiam à questão de pesquisa e, portanto, foram excluídas da revisão.

Os 13 artigos restantes passaram por uma segunda triagem e foram incluídos na pesquisa conforme sua disponibilidade na íntegra. Assim, sete artigos compuseram a amostra dessa revisão e foram utilizados para guiar a construção do instrumento utilizado na

primeira fase deste estudo, bem como para a composição dos itens da ferramenta educativa.

Na Tabela 1, são descritos os sete estudos selecionados e na Tabela 2, os temas por eles abordados.

Tabela 1 Características dos estudos segundo orientação de alta. 2012.

Autor	Ano	N	Tipo estudo	Momento da Orientação
Lapum et al. ⁴²	2010	16	Coorte	2-4 dias após a saída do paciente da UTI* e de 4 a 6 semanas após a alta hospitalar
Cebeci, Çelik ³⁰	2010	103	Caso-controle	2-4 semanas após a alta
Fredericks ⁹⁹	2009	130	Ensaio clínico	1-2 dias antes alta e 1-2 dias após a alta
Parry et al. ¹⁰⁰	2009	95	Ensaio clínico	3 dias após a alta e durante 8 semanas de intervenção
Fredericks, Sidani ²⁸	2008	130	Ensaio clínico	1 semana após a alta
Mullen-Fortino, O'Brien ¹⁰¹	2008	-	Revisão	-
Dunckley et al. ¹⁰²	2008	11	Coorte	6-12 meses após a RM**

* Unidade de Terapia Intensiva = UTI; ** Revascularização Miocárdica=RM

Tabela 2 Distribuição dos sete estudos conforme frequência dos temas abordados na orientação de alta hospitalar. 2012.

Tema	%
Deambulação precoce	62.5
Controle da dor	62.5
Orientações sobre suporte emocional	62
Manutenção de condicionamento físico	50
Realização de exercício físico	50
Orientações sobre sintomas de tristeza e depressão	50
Como lidar com a fadiga	37.5
Utilização de escadas	37.5
Sinais e sintomas da ferida operatória que devem ser observados	37.5
Constipação	37.5
Como lidar com a ansiedade	37.5
Necessidade de fornecer suporte social	37.5
Alteração do batimento cardíaco	25
Orientações quanto a respirações profundas/ dificuldade respirar	25
Controle de peso / Perda de peso	25
Limpeza da ferida cirúrgica	25
Sintomas de dor ou formigamento nos membros superiores	25
Controle da náusea e inapetência	25
Controle de exames laboratoriais	25
Orientações quanto ao uso de anticoagulantes	25
Como utilizar os medicamentos	25
Efeitos adversos de medicamentos	25
Pacientes com sentimento de vulnerabilidade	25
Orientações quanto a tosse	12.5
Restrição de líquidos	12.5
Problemas para dormir	12.5
Dor Abdominal	12.5
Controle do débito urinário	12.5
Distensão abdominal	12.5
Diarréia	12.5
Retorno às consultas médicas	12.5
Utilização de antiagregantes	12.5
Utilização de hipolipemiantes	12.5
Utilização de diuréticos	12.5
Finalidade dos medicamentos	12.5
Orientações quanto ao uso de meias elásticas	12.5

Necessidade de incluir a família nas orientações de alta	12.5
Orientações sobre o retorno das atividades de vida / sociais / trabalho	12.5

Com base nestes estudos, foi construído o instrumento de coleta de dados para desenvolvimento da ferramenta educativa piloto, composto por 46 sentenças. Essas se referem às atividades diárias e são agrupadas em nove categorias, a ser: atividade física; alimentação; cuidados com a ferida operatória; lazer; atividade sexual; relacionamento social; atividade de vida diária; auto-medicação e avaliação emocional. Cada sentença foi classificada pela unidade paciente/família e, posteriormente, pelos peritos quanto ao seu grau de importância para o desempenho do autocuidado e para a posterior incorporação à ferramenta educativa. Essas foram descritas em ordem crescente, sendo: 1- nada importante, 2- pouco importante (importante como assunto, mas não o suficiente para recomendar a incorporação à ferramenta educativa) e 3- muito importante.

Optou-se por trabalhar com uma escala de 3 níveis de classificação devido ao considerável número de questões inseridas no instrumento e a complexidade do autocuidado domiciliar.

Ao final das questões, foram incluídas três perguntas abertas com o objetivo de coletar o maior número de informações dos pacientes/familiares e peritos em relação ao autocuidado no domicílio.

3.3.1.2 - Participação de pacientes e familiares na pesquisa

3.3.1.2.1 - Local da coleta de dados de pacientes e familiares

A coleta de dados foi realizada no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo (Incor-HCFMUSP), sendo selecionada a unidade de internação do sétimo andar, localizada no bloco B. Nessa unidade, são atendidos pacientes internados pelo SUS, no pós-operatório de cirurgias coronarianas e valvares e que não necessitam mais de cuidados intensivos ou semi-intensivos. Como os horários de visitas dos familiares são pré-estabelecidos, a presença da família durante a entrevista dependeu da coincidência desses horários com a disponibilidade da pesquisadora.

3.3.1.2.2 - Amostra de pacientes e familiares

Nesta primeira fase foram entrevistados 35 pacientes. A composição da amostra abrangeu pacientes submetidos à cirurgia de RM e que estavam ou não acompanhados por familiares.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: pacientes submetidos a apenas um procedimento de RM (atual), maiores de 18 anos, com capacidade cognitiva aparentemente preservada, alfabetizados ou analfabetos acompanhados por um dos familiares que soubesse ler e escrever.

O período pós-operatório pode ser classificado como imediato (até 24 horas após a cirurgia) e mediato (período entre 24 horas até 10 dias após a cirurgia). Nessa pesquisa, optou-se por entrevistar pacientes no período de pós-operatório mediato e em condições físicas adequadas, ou seja, não apresentar sonolência, sem sinais e sintomas de dor, em condições de deambulação e de realização das

tarefas mínimas de autocuidado. Como, em média, o tempo de permanência dos pacientes submetidos à cirurgia de RM nas unidades de internação varia de cinco a oito dias, sem considerar o período de internação em UTI, foram selecionados pacientes que estavam entre o terceiro e o oitavo dia de pós-operatório.

Foram consideradas, para posterior inclusão na ferramenta educativa piloto, todas as sentenças do instrumento de coleta de dados que atingiram concordância com o critério de “muito importante” acima de 90% entre pacientes/familiares. Esse critério de concordância foi definido a partir de uma análise estatística que determinou que, em uma amostra de 35 pacientes, seria possível atingir um intervalo de confiança de 95% e um erro absoluto de 10%.

103

3.3.1.2.3 - Procedimentos para a coleta de dados de pacientes e familiares

A primeira fase da pesquisa estendeu-se entre os meses de Fevereiro e Abril e a coleta ocorreu em diferentes dias e horários da semana. Muitos pacientes solicitaram que as entrevistas não fossem realizadas durante os horários de visita, expressando a vontade de aproveitar aquele momento exclusivamente com sua família. Ademais, nas conversas introdutórias, a pesquisadora percebeu que parte dos pacientes não residia na cidade de São Paulo. Assim, observou-se a dificuldade de receberem visitas e a importância do momento de encontro com o familiar para o paciente. Nestes casos, a pesquisadora retornou após o período da visita.

De qualquer forma, a participação conjunta dos familiares durante a entrevista foi permitida e estimulada, favorecendo o surgimento de dúvidas e necessidades percebidas para a alta hospitalar.

O processo de seleção dos pacientes envolveu a consulta ao censo diário da unidade para identificar os pacientes no período pós-

operatório de RM, somado a consulta do prontuário para verificar se os pacientes atendiam aos critérios de inclusão descritos para esta pesquisa. Ao selecionar o paciente a pesquisadora apresentava-se, explicava a razão do contato, os objetivos da pesquisa, a importância da participação. Posteriormente, lia o TCLE para todos os participantes (Apêndice A).

Dentre todos os pacientes selecionados, apenas um recusou-se a participar da pesquisa, pois referiu pouca disposição. Os pacientes selecionados e que participaram da pesquisa preencheram o TCLE em duas vias ou tiveram o TCLE preenchido por um familiar responsável.

Após a aplicação do TCLE, iniciava-se o preenchimento da ficha de caracterização sociodemográfica (Apêndice B), composta pelas seguintes variáveis: nome, idade, gênero, estado civil, ocupação, escolaridade, presença ou não de família no momento da entrevista, as pessoas com quem co-habitam o domicílio, o grau de parentesco e idade dessas pessoas, bem como os indivíduos de referência no auxílio do paciente na recuperação após a alta hospitalar. A coleta desses dados foi para caracterizar a população-alvo.

Uma vez que a ficha de caracterização sociodemográfica foi preenchida, a pesquisadora iniciava a entrevista com a leitura detalhada de item a item, com cuidado para a não indução de respostas. Cada entrevista teve duração aproximada de uma hora.

3.3.1.2.4 - Análise de dados de pacientes e familiares

Os dados coletados foram organizados em tabelas e foi realizada uma análise quantitativa das respostas. Para isso, utilizaram-se os recursos dos programas de computador “Numbers 2009” (versão 2.3/554, Apple Inc., 2012), “Microsoft Excel for Mac 2011” (versão 14.1.4, Microsoft Corp., 2010). Para as análises descritivas e de frequências, foi utilizado o “Statistical Package for

Social Sciences” (SPSS para Windows, versão 15, 2008).

Realizou-se também uma análise comparativa entre os dados de caracterização sociodemográfica e as respostas obtidas no instrumento de coleta de dados. O objetivo dessa análise foi comparar as necessidades relatadas pelos pacientes com a formação educacional, a idade, o gênero e os recursos sociais dessa amostra.

Os pacientes e familiares foram previamente informados que na existência de um comentário, relato, verbalização de frases ou expressões durante a entrevista, a pesquisadora iria registrar no questionário exatamente o que foi dito. Assim, seria possível discutir e explicar determinadas pontuações dadas para cada sentença.

Para o tratamento dos comentários e das respostas provenientes das perguntas abertas, foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2002)¹⁰⁴ com uma abordagem quantitativa. Isso porque se traçou uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Bardin define a análise de conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (Bardin, 1977)

A análise de conteúdo ocorreu em três fases, a ser: 1) pré-análise, 2) exploração do material (codificação do material) e 3) tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira etapa, procedeu-se à leitura dos comentários e às respostas dos pacientes. Na segunda etapa, os dados foram codificados a partir das unidades de registro e, na última etapa, realizou-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças

e no posterior reagrupamento em função das características comuns.¹⁰⁴

A escolha desse método e dessa técnica para a análise dos dados teve a intenção de analisar todos os possíveis significados atribuídos por cada participante a cada categoria avaliada.

3.3.1.3 - Participação de peritos na pesquisa

O grupo de peritos em cardiologia foi responsável por sugerir cuidados e recomendações específicas para o pós-operatório da RM e autocuidado domiciliar. A participação desse grupo contribuiu com a inclusão de outros itens na construção da ferramenta educativa a fim de complementar e aprimorar a qualidade das orientações.

3.3.1.3.1 - Amostra de peritos

Selecionou-se uma equipe multiprofissional para compor o grupo de peritos em cardiologia. Esse grupo contou com a participação não-aleatória de oito profissionais com experiência em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Dentre eles, um cardiologista clínico, um cirurgião cardíaco, três enfermeiros, um fisioterapeuta, um nutricionista, um farmacêutico clínico e um psicólogo.

Optou-se por trabalhar com um maior número de enfermeiros porque se acredita que esse profissional assume um papel fundamental na alta hospitalar. Isso porque atua como disseminador de informações, orientador e educador, além de esclarecer dúvidas frequentemente apresentadas pelo paciente e sua família durante a sua internação, permanência e alta hospitalar.

Esses profissionais foram escolhidos devido à sua importância e participação no cuidado dos pacientes no pós-operatório de RM. Nesta análise, foi considerado o conhecimento prévio desses profissionais, bem como sua experiência com pacientes cardiopatas e a diversidade de seus conhecimentos no intuito de se obter uma

ferramenta educativa abrangente.

3.3.1.3.2 - Procedimentos para a coleta de dados de peritos

Foi realizado contato pessoal com cada profissional, sendo que todos os profissionais convidados pela pesquisadora aceitaram participar da pesquisa. Os profissionais foram orientados quanto à proposta da pesquisa, isenção de riscos e contribuição científica. Nesta etapa apenas o cirurgião cardíaco não respondeu ao instrumento piloto.

No momento da entrevista, os profissionais receberam as duas vias do TCLE (Apêndice A), uma ficha de caracterização profissional (Apêndice C) e o instrumento para a coleta de dados (Apêndice D). A pesquisadora procedeu à entrevista, após a autorização formal de participação, por meio da leitura das sentenças do questionário a cada um dos participantes. Os peritos pontuaram cada sentença seguindo a mesma gradação utilizada para os pacientes e familiares, ou seja, de 1 a 3 (variando de nada a muito importante para o autocuidado), e responderam as três questões abertas referentes a abordagem educacional para conduzir o autocuidado domiciliar.

As entrevistas aconteceram individualmente e tiveram duração de aproximadamente 30 minutos. Para a realização da entrevista, a pesquisadora foi ao local de trabalho desses profissionais a fim de facilitar a coleta de dados com os mesmos.

Para caracterizar a amostra de profissionais foram coletados os seguintes dados: nome, idade, gênero, formação acadêmica, especialização e vivência em cardiologia.

Nesta primeira fase, o interesse foi o de agrupar o maior número de informações sobre os aspectos que os peritos consideraram relevantes na abordagem do paciente e da família

após a cirurgia cardíaca, bem como os tópicos focados na educação e no autocuidado.

3.3.1.3.3 - Análise de dados de peritos

O método utilizado para a análise das respostas entre o grupo de peritos foi a análise de conteúdo. Seguiu-se o mesmo padrão da análise de pacientes/familiares, sendo que os comentários foram analisados e agrupados por afinidade de temas para ampliar os resultados e fundamentar a discussão desta pesquisa.

Assim como para os pacientes/familiares, utilizaram-se os programas de computador supracitados para a determinação de frequências e análises descritivas do grupo de peritos.

3.3.2 - SEGUNDA FASE

Na segunda fase, foram incluídos, na ferramenta educativa piloto, os itens do instrumento para coleta de dados que:

1. apresentaram concordância igual ou superior a 90% de respostas no grupo de pacientes/familiares (pelo menos 32 pacientes selecionaram tal item)⁹⁷

2. apresentaram concordância igual ou superior a 75% de respostas no grupo de peritos (pelo menos 6 peritos selecionaram tal item). Optou-se por trabalhar com esta porcentagem de concordância tendo em vista o reduzido número de peritos e o risco de se excluir itens pertinentes para a construção da ferramenta.

Esses resultados foram estruturados dentro de um formato didático para a criação da ferramenta educativa piloto. Tal formato fundamentou-se no agrupamento dos itens por similaridade de conteúdo.

A partir daí, dez categorias foram formadas (Quadro 2). São elas: medicação, sinais e sintomas de alerta, cuidados com a ferida

operatória, alívio da dor, alimentação, utilização de bebidas alcoólicas e cessação do tabagismo, sono e insônia, atividades física, sexual, retorno ao trabalho e alterações emocionais.

Quadro 2 Divisão de categorias apresentadas na ferramenta educativa piloto conforme o tema.

Medicação
Sinais e sintomas de alerta
Cuidados com a ferida operatória
Alívio da dor
Alimentação
Utilização de bebidas alcoólicas
Cessação do tabagismo
Atividade: física, sexual, retorno ao trabalho
Retorno ao trabalho
Alterações emocionais

Neste modelo, as informações contidas dentro de cada categoria foram projetadas para educar o paciente e família a desenvolverem determinadas habilidades e assumirem o controle e as tarefas da vida diária, com respeito às suas limitações e incapacidades.

Dentre as informações apresentadas em cada categoria, destacaram-se as orientações sobre a utilização dos medicamentos e a importância da adesão aos mesmos; cuidados com a alimentação; atenção na modificação dos fatores de risco como método de prevenção secundária a DAC; estratégias para otimizar a reabilitação física e cardiovascular; estratégias para aumentar a qualidade de vida e diminuir a dependência funcional; ações para lidar com os problemas emocionais e com a inversão dos papéis na dinâmica familiar e social.

3.3.2.1 - Seleção do conteúdo e linguagem da ferramenta educativa piloto

Optou-se em utilizar o referencial metodológico de Pasquali⁹⁷, restrito ao pólo teórico, como estratégia para guiar a construção e a operacionalização da ferramenta educativa. Tal opção decorreu, tanto pela fundamentação teórica desse autor, como pelo seu rigor na construção de itens.

O conteúdo selecionado passou pelos critérios propostos por Pasquali⁹⁷ e são representados a seguir:

Objetividade - o conteúdo da ferramenta educativa deveria atender as necessidades da população alvo, ou seja, o conteúdo responderia por sua construção.

Simplicidade - as informações precisariam expressar idéias, evitando que explicações muito detalhadas pudessem gerar confusão.

Clareza - as informações deveriam ser compreensíveis para todos os participantes, independente da posição social da população.

Relevância - o conteúdo apresentado deveria ser consistente com a literatura definida e com o objetivo principal da pesquisa tendo em vista a pertinência da reprodução da ferramenta.

Precisão - o conteúdo da informação teria que ser subdividido e ocupar posições bem definidas para que não existissem repetições das mesmas.

Variedade - a linguagem da ferramenta educativa necessitaria ser variável na sua apresentação a fim de evitar a monotonia e o cansaço do leitor.

Modalidade - a ferramenta deveria ser construída com expressões claras, evitando-se o extremismo da linguagem.

Credibilidade - o conteúdo da ferramenta precisaria ser formulado por meio da adequação do vocabulário com a faixa etária da população, evitando-se a infantilização da ferramenta.

Amplitude - o conteúdo deveria cobrir todos os níveis de compreensão da população estudada.

Equilíbrio - o conteúdo da ferramenta deveria permitir que sua disposição seguisse uma curva de dificuldade de distribuição normal, na qual os assuntos mais fáceis seriam apresentados em maior quantidade e os difíceis em menor quantidade. Apesar desse critério não se adequar nesta pesquisa, os itens de maior concordância entre os pacientes e familiares foram inseridos e dispostos na ferramenta educativa em ordem decrescente de concordância.

3.3.2.2 - Seleção das ilustrações da ferramenta educativa piloto

Levando-se em consideração a necessidade de tornar a leitura mais descontraída e de fácil compreensão, optou-se por incluir ilustrações (fotos, desenhos e figuras) na ferramenta educativa.

As ilustrações selecionadas foram retiradas de páginas eletrônicas, pesquisadas no site www.google.com (“google images”) e modificadas com o uso do software “Pages 2009” (versão 4.3/1048, Apple Inc., 2012).

3.3.2.3 - Composição da ferramenta educativa piloto

Nesta etapa, utilizou-se o programa de computador “Pages 2009” (versão 4.3/1048, Apple Inc., 2012) para a edição, organização do conteúdo e estruturação gráfica da ferramenta educativa a fim de aperfeiçoar sua apresentação e direcioná-la para o autocuidado.

3.3.3 - TERCEIRA FASE

Por fim, foi avaliado se a ferramenta educativa representa adequadamente o que ela propõe. Nessa fase, pacientes/familiares e peritos foram responsáveis por realizar a análise de semântica, de conteúdo e ilustrações da ferramenta educativa piloto. A análise semântica refere-se à análise da facilidade de compreensão dos itens voltados à população para a qual a ferramenta se destina. A análise de conteúdo/ilustrações refere-se à adequação de cada item e ilustração ao fenômeno que se deseja conhecer, ou seja, avalia a pertinência dos itens/ilustrações que compõem a ferramenta educativa.

3.3.3.1 - Instrumento para análise de linguagem, conteúdo/ilustrações da ferramenta educativa piloto

A construção do instrumento utilizado para análise da linguagem, conteúdo/ilustrações da ferramenta educativa piloto baseou-se no modelo utilizado por Luz et al.¹⁰⁵ Tal modelo foi utilizado para a validação de materiais educativos disponibilizados à população para prevenção de leishmaniose. Acrescentou-se, no campo "conteúdo" do instrumento, questões para a análise objetiva do autocuidado em cada categoria.

Cada categoria foi selecionada por escolha da pesquisadora com base nos objetivos de sua pesquisa. Existem diversas opções para que o formato do instrumento seja selecionado e analisado. Para tanto, decidiu-se utilizar a análise de conteúdo de Bardin, segundo a qual as sentenças, parágrafos e frases são selecionados como unidades para análise.

O instrumento proposto para validação da ferramenta educativa continha questões fechadas do tipo "sim" e "não" destinadas ao registro de opinião dos pacientes/familiares e peritos. Cada página para análise se referia a uma determinada categoria da ferramenta

educativa, ou seja, cada categoria (por tema) estava destacada no sumário e no desfecho da ferramenta educativa piloto. As categorias que deveriam ser analisadas quanto à linguagem e conteúdo/ilustrações foram: 1. Uso do Medicamento, 2. Sinais e sintomas que você deve reconhecer, 5. Orientações sobre alimentação, 6. Orientações sobre a utilização de bebidas alcoólicas e o controle do tabagismo, 7. Sono e insônia, 8. Atividades, 9. Retorno ao trabalho, e 10. Depressão e problemas emocionais.

As categorias que deveriam ser analisadas somente quanto à linguagem e conteúdo por não conterem ilustrações foram: 3. Cuidados com a ferida operatória e 4. Alívio da dor. Ao final, a ferramenta educativa piloto deveria ser analisada quanto ao seu formato, tamanho e apresentação, sendo permitidos comentários e sugestões.

O instrumento utilizado para análise de linguagem e conteúdo/ilustrações da ferramenta educativa piloto pode ser encontrado no Apêndice F.

3.3.3.2 - Validação da ferramenta educativa piloto por pacientes e familiares

3.3.3.2.1 - Local da coleta de dados de pacientes e familiares

A coleta de dados foi realizada na mesma unidade utilizada na primeira fase, ou seja, a unidade de internação do sétimo andar do Incor-HCFMUSP.

3.3.3.2.2 - Amostra de pacientes e familiares

A ferramenta educativa piloto foi submetida à avaliação de oito pacientes e familiares, distintos da primeira fase das entrevistas, e obedeceu aos mesmos critérios de inclusão utilizados naquela

etapa.

A seleção do número de participantes seguiu o critério temporal de duas semanas e, neste período, observou-se concordância de respostas entre os participantes.

3.3.3.2.3 - Procedimentos para a coleta de dados de pacientes e familiares

A abordagem utilizada para solicitar a contribuição dos pacientes nesta pesquisa foi um convite aos pacientes e seus familiares no período entre o terceiro e oitavo dia de pós-operatório de RM, presentes na unidade de internação coronariana. Os pacientes/familiares foram informados que deveriam ler a ferramenta educativa piloto e validar os aspectos relacionados à linguagem e conteúdo/ilustrações para que as orientações apresentadas pudessem ser úteis no domicílio.

Para todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, foi realizada a leitura e assinatura do TCLE (Apêndice A) pelos mesmos. Aplicou-se a ficha de caracterização sociodemográfica utilizada na primeira fase, em uma versão modificada (Apêndice E), com duas questões abertas adicionais. Uma questão abordava as orientações recebidas durante o período de internação hospitalar e a outra questionava sobre a importância da criação de um manual voltado à alta hospitalar. Após leitura introdutória realizada pela pesquisadora, foram entregues a ferramenta educativa piloto e o instrumento para análise da linguagem e conteúdo/ilustrações (Apêndice F) aos pacientes e família a fim de registrar suas opiniões.

Os pacientes e famílias foram abordados no período da manhã e tiveram o tempo total de aproximadamente oito horas para a leitura da ferramenta educativa piloto e o preenchimento do instrumento de validação. Após este período, a pesquisadora retornava à unidade para recolher a avaliação e colocava-se a

disposição para esclarecer dúvidas e ouvir as opiniões dos participantes.

3.3.3.2.4 - Análise de dados de pacientes e familiares

Foram analisados os resultados dos indivíduos, item a item, de acordo com as respostas “sim” e “não”. Posteriormente, estas respostas foram computadas por meio de números absolutos e percentuais.

As respostas das perguntas abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin¹⁰⁴ e os resultados e contribuições sugeridas, quando pertinentes, foram incorporados à ferramenta educativa final.

3.3.3.3 - Validação da ferramenta educativa piloto por peritos

3.3.3.3.1 - Amostra de peritos

Os mesmos peritos que participaram da primeira fase de coleta de dados desta pesquisa, participaram também da validação da ferramenta educativa em sua etapa final, com exceção de um fisioterapeuta. Esse foi substituído por outro indivíduo da mesma profissão e, dessa forma, preencheu uma nova ficha de caracterização profissional (Apêndice C).

3.3.3.3.2 - Procedimentos para coleta de dados de peritos

A ferramenta educativa piloto foi disponibilizada aos peritos junto ao instrumento para análise de linguagem e conteúdo/ilustrações (Apêndice F) e foi proposto o prazo de um dia para o retorno desses materiais. O prazo estipulado foi maior do que o oferecido aos pacientes/familiares para que os peritos se

concentrassem na análise de conteúdo e de semântica fora do local de trabalho.

Após a entrega do instrumento preenchido pelos peritos, a pesquisadora realizou leitura simples do instrumento para esclarecer dúvidas referentes ao preenchimento ou ao significado das considerações.

3.3.3.3.3 - Análise de dados de peritos

Assim como na análise de dados dos pacientes e familiares, os resultados dos indivíduos foram analisados item a item, de acordo com as respostas “sim” e “não”. Posteriormente, estas respostas foram apresentadas em números absolutos e percentuais.

As respostas das perguntas abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo de Bardin¹⁰⁴ e os resultados e contribuições sugeridas, quando pertinentes, foram incorporados na ferramenta educativa final.

3.3.3.4 - Elaboração da ferramenta educativa final

Após a análise e interpretação dos dados foram realizadas novas adaptações e melhorias à ferramenta educativa piloto, criando-se assim a ferramenta educativa final (Apêndice G).

3.4 - Financiamento e conflitos de interesse

Este estudo não recebeu nenhuma forma de financiamento ou patrocínio. A pesquisadora arcou com todas as despesas financeiras dessa pesquisa, incluindo despesas de gráfica e impressão para a produção das ferramentas educativas piloto e final.

Na primeira fase da pesquisa, foram produzidos cinco exemplares da ferramenta educativa piloto, com o custo total de R\$ 180,00. No final da terceira fase, foram produzidos 14 exemplares da

ferramenta educativa final, com o custo total de R\$ 500,00. Desses, nove exemplares foram para a defesa, um para a pesquisadora e cinco para os pacientes que fizeram essa solicitação durante as entrevistas.

A pesquisadora e sua orientadora declaram que não há conflitos de interesse quanto à realização deste estudo.

4 - RESULTADOS

4.1 - RESULTADOS DA PRIMEIRA FASE

4.1.1 - Características sociodemográficas e de tratamento do grupo de pacientes da primeira fase

As principais características sociodemográficas do grupo de pacientes que participou da primeira fase desta pesquisa estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 Características sociodemográficas dos pacientes na primeira fase da pesquisa. São Paulo. 2013.

Característica	Descrição, n (%)
Gênero	Masculino, 23 (65,7%), Feminino, 12 (34,3%)
Estado Civil	Casado, 25 (71,4%), Divorciado, 4 (11,4%), Amasiado, 3 (8,6%), Viúvo, 3 (8,6%)
Ocupação	Ativo, 25 (71,4%), Aposentado, 9 (25,7%), Afastado, 1 (2,9%)
Escolaridade	Primário, 6 (17,1%) Fund. e Médio, 26 (74,3%) Superior, 3 (8,6%)
Moradia	Com a família, 33 (94,3%), Sozinho, 2 (5,7%)
Participação no cuidado no domicílio	Cônjuge, 24 (68,5%), Parente de primeiro grau (mãe, irmãos, filhos), 9 (25,7%), Netos, 1 (2,8%), Nenhuma ajuda, 1 (2,8%)
Idade (média, DP, Min.-Máx.)	60,86 (8,51, 42-82)
Participação da família na entrevista (n, %)	12 (34,3%)
Participação do paciente sozinho na entrevista (n,%)	23 (65,7%)

Fund., Ensino Fundamental. DP, Desvio Padrão. Min., mínimo. Máx., máximo.

Os dados da Tabela 3 mostram que predominam pacientes homens (65,7%), casados (71,4%), trabalhando (71,4%), com ensino fundamental ou médio completos (74,3%), morando com a família (94,3%), tendo o apoio familiar do cônjuge como cuidador (68,5%) e com idade média de 60 anos. Ademais, os pacientes entrevistados estavam em média no sexto dia de pós-operatório (média 6,26, DP 2,33, mínimo 4, máximo 14), tendo sido submetidos em média a 3 pontes de revascularização do miocárdio (média 2,94, DP 0,80, mínimo 1, máximo 5), e predominância da utilização de CEC (n=26, 74,3%). Cerca de dois terços das entrevistas ocorreram somente com o paciente (65,7%), sem a presença de familiares.

4.1.2 - Características profissionais do grupo de peritos

As principais características demográficas e profissionais do grupo de peritos que participou da primeira fase desta pesquisa estão descritas no Quadro 3. Vale observar que na terceira fase, o grupo de peritos foi o mesmo, com exceção de uma substituição: o fisioterapeuta que participou da primeira fase estava de férias na terceira fase, sendo, portanto, substituído por uma fisioterapeuta, cujas características também estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 Características dos peritos em cardiologia.

Perito	Idade	Gênero	Formação (Pós-Graduação)	Unidade de atuação e tempo de experiência em cardiologia
1	33	F	Enfermagem (especialização)	UTI, 5 anos
2	34	F	Enfermagem (mestrado)	UTI, 12 anos
3	29	F	Enfermagem (especialização)	Semi, 5 anos
4	26	F	Farmácia (especialização)	UTI/Semi, 1 ano
5	31	F	Nutrição (especialização)	UTI/Semi, 3 anos
6	49	F	Psicologia (doutorado)	UTI, 1 ano
7	31	M	Fisioterapia (especialização)	UTI/Semi, 1 ano
8	36	F	Medicina (especialização)	UTI, 8 anos
(substituto do perito 7 na 3ª fase)	47	F	Fisioterapia	UTI/Semi, 1 ano

F, feminino; M, masculino; UTI, Unidade de Tratamento Intensivo; Semi, Unidade Semi-Intensiva

A idade média dos peritos foi de 35,1 anos. Sete peritos eram do sexo feminino e seis eram especialistas na área. Todos os participantes tinham experiência em cardiologia, variando de 1 a 12 anos, e atuavam nos cuidados pós-operatórios de pacientes submetidos à RM, seja em UTI ou Unidade Semi-Intensiva.

4.1.3 - Resultados dos dados coletados na primeira fase de construção da ferramenta educativa

Na primeira fase, foram coletadas informações fornecidas pelo grupo de pacientes/familiares através da avaliação dos 46 itens que compuseram o instrumento para a coleta de dados inicial.

Utilizando os critérios de concordância previamente descritos, ao final da primeira fase, 33 itens do instrumento para coleta de dados foram considerados para a elaboração da ferramenta educativa piloto. Dentre os temas identificados como pertinentes, selecionaram-se: alimentação; controle glicêmico e diabetes após RM; obesidade; atividade física e esforço; reabilitação cardiovascular; atividade sexual; adaptação psicológica e alterações emocionais no período pós-operatório; sinais e sintomas de alerta; utilização de medicamentos; controle do tabagismo; modificação dos fatores de risco e cuidados com a ferida operatória.

Em relação ao perfil de respostas dos pacientes/familiares, todos os 35 (100%) pacientes classificaram sete (15,2%) itens como "muito importante" para a inclusão na ferramenta educativa piloto: recomendar a limpeza da casa; orientar sobre os medicamentos utilizados; a interação medicamentosa e os efeitos colaterais; orientar a inspeção da ferida operatória e como identificar sinais de infecção; indicar o seguimento de dieta especial e orientar as ações necessárias em caso de intercorrências.

Oito (17,3%) itens foram classificadas por 34 (97,1%) pacientes como "muito importante", dentre elas: orientar quanto a subir escadas; retornar a prática sexual; orientar como realizar movimentos com auxílio; orientar o mecanismo e tempo de ação dos medicamentos e como identificar se estão fazendo efeito; orientar sobre os medicamentos que devem ser evitados e orientar quanto à exposição da ferida operatória ao sol.

Dos 46 itens que compunham o instrumento, onze (23,9%) obtiveram concordância entre 94,3% (33) e 91,4% (32). Esses itens

foram: recomendar os cuidados com a ferida operatória; orientar sobre a prática de esportes; orientar o retorno á consulta médica; orientar sobre o uso de bebidas alcoólicas; indicar as alternativas para redução dos gastos com medicamentos e a utilização de medicamentos genéricos; orientar o uso de insulina aos pacientes diabéticos; explicar a utilização de medicamentos e indicar a utilização de materiais de curativo no domicílio.

Frente à concordância de respostas, elaborou-se uma tabela decrescente de resultados que foram avaliados como "muito importante". Temas com maior concordância entre os pacientes/familiares ganharam maior destaque na elaboração da ferramenta educativa piloto. Esses resultados podem ser vistos na Tabela 4.

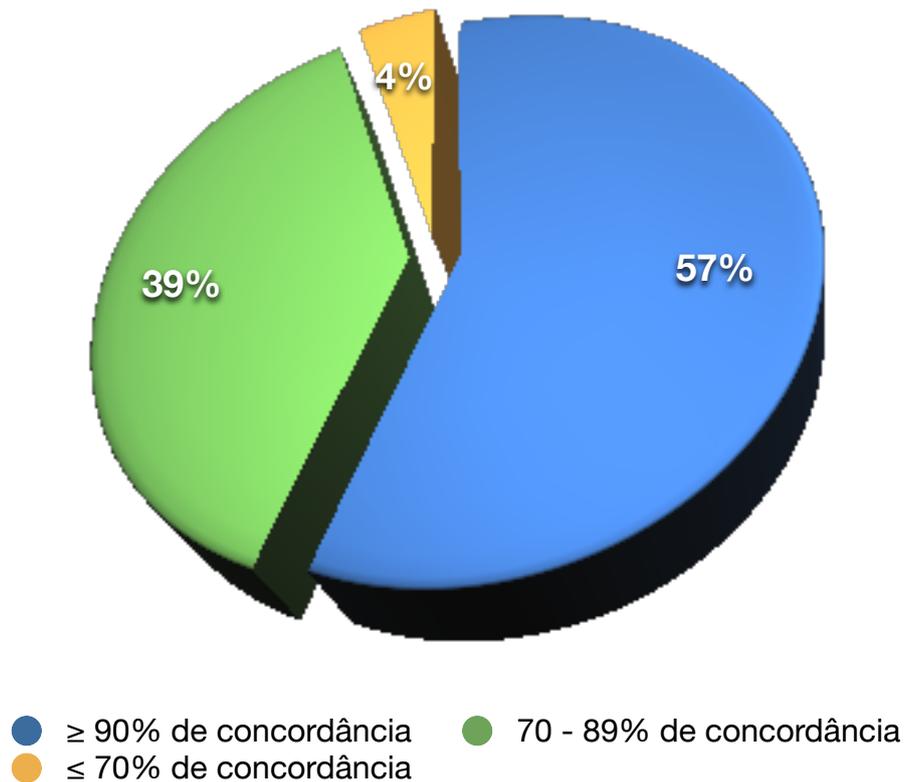
Em última análise, o critério utilizado para inclusão do item na ferramenta educativa, no que diz respeito ao grupo de pacientes, foi a concordância maior ou igual a 90% entre os pacientes que classificaram o item "muito importante". Isto ocorreu em 57% dos ítems, como mostra a Figura 1.

Tabela 4 Classificação dos 46 itens do instrumento de coleta de dados de acordo com as respostas de pacientes/familiares. São Paulo. 2013.

	Item	Classificação		
		nada importante	pouco importante	muito importante
		N(%)	N(%)	N(%)
1	Indicar o seguimento de dieta especial	0	0	35 (100)
2	Orientar os sinais e sintomas que devem ser observados caso exista uma infecção na ferida operatória	0	0	35 (100)
3	Recomendar a limpeza e a segurança da casa	0	0	35 (100)
4	Indicar as ações que devem ser realizadas caso o paciente se sinta mal em casa	0	0	35 (100)
5	Explicar sobre os medicamentos que serão utilizados	0	0	35 (100)
6	Orientar sobre a interação entre os medicamentos	0	0	35 (100)
7	Alertar os principais problemas encontrados com o uso dos medicamentos (efeitos colaterais)	0	0	35 (100)
8	Orientar sobre subir escadas	0	1 (2,9)	34 (97,1)
9	Explicar sobre os alimentos que devem ser evitados	1 (2,9)	0	34 (97,1)
10	Explicar quanto a exposição da ferida operatória ao sol	0	1 (2,9)	34 (97,1)
11	Orientar sobre o retorno da atividade sexual	0	1 (2,9)	34 (97,1)
12	Orientar a como realizar movimentos com auxílio (sentar no sofá, sair da cama)	0	1 (2,9)	34 (97,1)
13	Informar o tempo de duração dos medicamentos (tempo de ação)	0	1 (2,9)	34 (97,1)
14	Explicar o mecanismo de ação de cada medicamento	0	1 (2,9)	34 (97,1)
15	Identificar como os medicamentos estão fazendo efeito	1 (2,9)	0	34 (97,1)
16	Orientar sobre o retorno á prática de esportes	1 (2,9)	1 (2,9)	33 (94,3)
17	Orientar sobre a ingestão de bebida alcoólica	1 (2,9)	1 (2,9)	33 (94,3)
18	Recomendar os cuidados com a ferida operatória	0	2 (5,7)	33 (94,3)
19	Orientar sobre o retorno á consulta médica	1 (2,9)	1 (2,9)	33 (94,3)
20	Indicar alternativas para reduzir os gastos com os medicamentos	1 (2,9)	1 (2,9)	33 (94,3)
21	Explicar sobre a utilização de materiais de curativo (soro, gaze, luvas) em casa	1 (2,9)	2 (5,7)	32 (91,4)
22	Orientar a utilização de insulina, caso haja necessidade	3 (8,6)	0	32 (91,4)
23	Recomendar a utilização de medicamentos genéricos	0	3 (8,6)	32 (91,4)

24	Explicar a possibilidade de cortar, diluir, macerar os medicamentos	1 (2,9)	2 (5,7)	32 (91,4)
25	Orientar sobre a adaptação psicológica	2 (6,1)	1 (3,0)	32 (91,4)
26	Orientar a lidar com a ansiedade, como comunicar medos e preocupações	1 (3,0)	2 (6,1)	32 (91,4)
27	Esclarecer quanto ao retorno da atividade de dirigir	2 (5,7)	2 (5,7)	31 (88,6)
28	Orientar a possibilidade de realizar procedimento dentário com anestésico local	2 (5,7)	2 (5,7)	31 (88,6)
29	Recomendar alternativas para cessação do tabagismo	2 (5,7)	2 (5,7)	31 (88,6)
30	Explicar estratégias para o paciente se vestir	1 (2,9)	3 (8,6)	31 (88,6)
31	Alertar quanto contato com animais domésticos	0	4 (11,4)	31 (88,6)
32	Esclarecer a utilização de medicamentos homeopáticos concomitante com medicamentos alopáticos	1 (2,9)	3 (8,6)	31 (88,6)
33	Relacionar as alterações emocionais com o pós-operatório	0	2 (5,7)	31 (88,6)
34	Orientar sobre o recebimento de visitas em casa (de amigos, família e vizinhos)	1 (2,9)	4 (11,4)	30 (85,7)
35	Orientar sobre as atividades de higiene pessoal	1 (2,9)	4 (11,4)	30 (85,7)
36	Esclarecer sobre o retorno as atividades sociais (frequentar restaurantes, cinema, shopping)	3 (8,6)	3 (8,6)	29 (82,9)
37	Alertar sobre os riscos do fumo	5 (14,3)	1 (2,9)	29 (82,9)
38	Indicar produtos de higiene pessoal adequados e produtos que deve ser evitados	0	6 (17,1)	29 (82,9)
39	Recomendar a utilização de rampas para a locomoção	3 (8,6)	4 (11,4)	28 (80)
40	Orientar sobre da atividade de entrar no mar ou na piscina	2 (5,7)	5 (14,3)	28 (80)
41	Explicar a possibilidade de retorno à praia	2 (5,7)	6 (17,1)	27 (77,1)
42	Indicar a compra/aluguel de equipamentos hospitalares para uso domiciliar, caso haja a necessidade	5 (14,3)	3 (8,6)	27 (77,1)
43	Indicar a possibilidade de realizar viagem longa de avião	4 (11,4)	5 (14,3)	26 (74,3)
44	Indicar a contratação de ajuda adicional no domicílio	5 (14,3)	5 (14,3)	25 (71,4)
45	Recomendar a utilização de meias elásticas	2 (5,7)	10 (28,6)	23 (65,7)
46	Indicar o local para a compra de meias elásticas	4 (11,4)	10 (28,6)	21 (60,0)

Figura 1 Gráfico de distribuição das porcentagens de concordância para itens classificados como “muito importante” no instrumento de coleta de dados pelos pacientes/familiares entrevistados na primeira fase.



Já no grupo de peritos, 100% destes profissionais selecionaram nove (19,5%) itens do instrumento de coleta de dados como “muito importante”, a ser: prática de esporte; seguimento de dieta; controle do uso de bebidas alcoólicas; cuidados com a ferida operatória e identificação de sinais infecciosos; identificação de sinais e sintomas de alerta para problemas de saúde; retorno á consulta médica; alertas quanto ao fumo e alternativas existentes para cessação do tabagismo.

Sete peritos (87,5%) identificaram 11 (23,9%) itens como “muito importante”, dentre os quais: esclarecimento sobre os alimentos que devem ser evitados; o retorno das atividades sociais; retorno á

atividade de dirigir; retorno da prática sexual; utilização dos medicamentos no domicílio e interação medicamentosa; utilização de insulina nos pacientes diabéticos; as alternativas existentes para reduzir os gastos com medicamentos; explicar a utilização dos medicamentos e os cuidados na interpretação das alterações emocionais.

Por fim, seis peritos (75%) consideraram nove (19,5%) itens como “muito importante”, dentre eles: orientações de subir escadas; vestir-se e movimentar-se; entrar no mar ou na piscina; utilizar meias elásticas; orientar sobre a higiene pessoal; recomendar a utilização de medicamentos genéricos; relacionar as alterações emocionais com o pós-operatório e orientar sobre a adaptação psicológica.

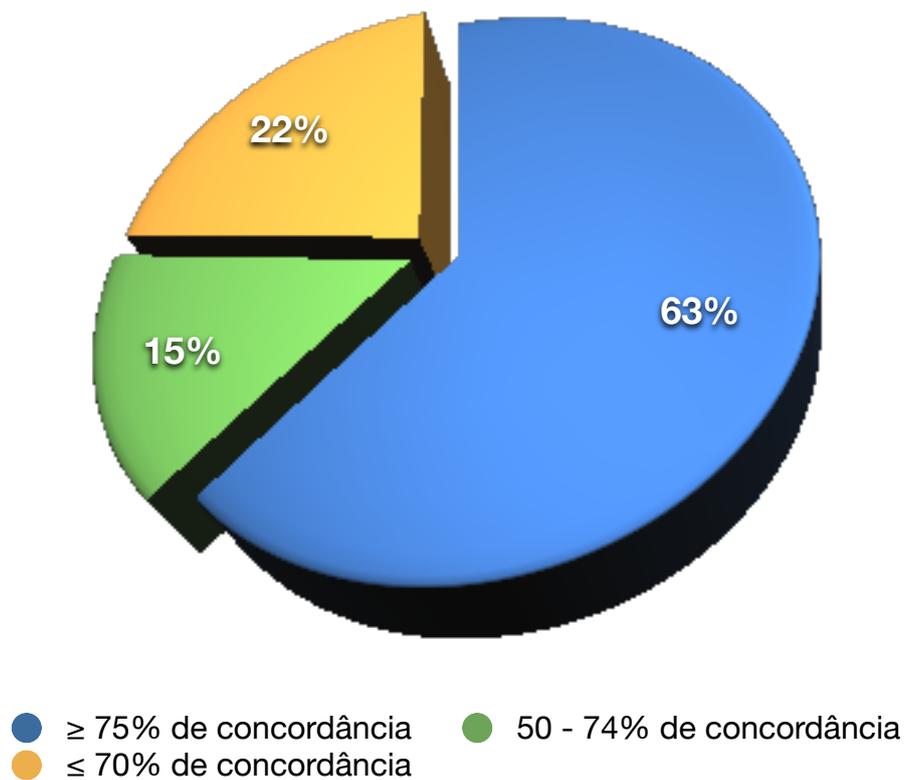
A Tabela 5 mostra a classificação dos 46 itens do instrumento de coleta de dados pelos peritos. Além disso, observou-se que houve concordância igual ou superior a 75% em 63% dos itens (Figura 2).

Tabela 5 Classificação dos 46 itens do instrumento de coleta de dados de acordo com as respostas de peritos. São Paulo. 2013.

Item	Classificação		
	nada importante	pouco importante	muito importante
	N(%)	N(%)	N(%)
1 Orientar sobre o retorno á prática de esportes	0	0	8 (100)
2 Indicar o seguimento de dieta especial	0	0	8 (100)
3 Orientar sobre a ingestão de bebida alcoólica	0	0	8 (100)
4 Recomendar os cuidados com a ferida operatória	0	0	8 (100)
5 Orientar os sinais e sintomas que devem ser observados caso exista uma infecção na ferida operatória	0	0	8 (100)
6 Indicar as ações que devem ser realizadas caso o paciente se sinta mal em casa	0	0	8 (100)
7 Orientar sobre o retorno á consulta médica	0	0	8 (100)
8 Alertar sobre os riscos do fumo	0	0	8 (100)
9 Recomendar alternativas para cessação do tabagismo	0	0	8 (100)
10 Explicar sobre os alimenos que devem ser evitados	0	1(12,5)	7(87,5)
11 Esclarecer sobre o retorno as atividades sociais (frequentar restaurantes, cinema, shopping)	0	1(12,5)	7(87,5)
12 Esclarecer quanto ao retorno da atividade de dirigir	0	1(12,5)	7(87,5)
13 Indicar a possibilidade de realizar viagem longa de avião	0	1(12,5)	7(87,5)
14 Orientar sobre o retorno da atividade sexual	0	1(12,5)	7(87,5)
15 Explicar sobre os medicamentos que serão utilizados	0	1(12,5)	7(87,5)
16 Orientar sobre a interação entre os medicamentos	0	1(12,5)	7(87,5)
17 Orientar a utilização de insulina, caso haja necessidade	1(12,5)	0	7(87,5)
18 Indicar alternativas para reduzir os gastos com os medicamentos	1(12,5)	0	7(87,5)
19 Explicar a possibilidade de cortar, diluir, macerar os medicamentos	1(12,5)	0	7(87,5)
20 Orientar a lidar com a ansiedade, como comunicar medos e preocupações (n=33)	0	1(12,5)	7(87,5)
21 Orientar sobre subir escadas	0	2 (25)	6 (75)
22 Recomendar a utilização de meias elásticas	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)
23 Orientar sobre da atividade de entrar no mar ou na piscina	0	2 (25)	6 (75)
24 Explicar estratégias para o paciente se vestir	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)

25	Orientar a como realizar movimentos com auxílio (sentar no sofá, sair da cama)	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)
26	Orientar sobre as atividades de higiene pessoal	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)
27	Recomendar a utilização de medicamentos genéricos	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)
28	Relacionar as alterações emocionais com o pós-operatório	0	2 (25)	6 (75)
29	Orientar sobre a adaptação psicológica (n=33)	1(12,5)	1(12,5)	6 (75)
30	Explicar a possibilidade do retorno a praia	0	3(37,5)	5(62,5)
31	Explicar sobre a utilização de materiais de curativo (soro, gaze, luvas) em casa	1(12,5)	2 (25)	5(62,5)
32	Informar o tempo de duração dos medicamentos (tempo de ação)	1(12,5)	2 (25)	5(62,5)
33	Alertar os principais problemas encontrados com o uso dos medicamentos (efeitos colaterais)	1(12,5)	2 (25)	5(62,5)
34	Indicar a contratação de ajuda adicional no domicílio	1(12,5)	3(37,5)	4(50)
35	Orientar a possibilidade de realizar procedimento dentário com anestésico local	1(12,5)	3(37,5)	4(50)
36	Alertar quanto contato com animais domésticos	1(12,5)	3(37,5)	4(50)
37	Recomendar a utilização de rampas para a locomoção	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)
38	Indicar o local para a compra de meias elásticas	2(25)	4(50)	3 (37,5)
39	Explicar quanto a exposição da ferida operatória ao sol	0	5(62,5)	3 (37,5)
40	Recomendar a limpeza e a segurança da casa	1(12,5)	4(50)	3 (37,5)
41	Indicar a compra/aluguel de equipamentos hospitalares para uso domiciliar, caso haja a necessidade	1(12,5)	4(50)	3 (37,5)
42	Identificar como os medicamentos estão fazendo efeito	1(12,5)	4(50)	3 (37,5)
43	Indicar produtos de higiene pessoal adequados e produtos que deve ser evitados	3 (37,5)	3(37,5)	2(25)
44	Explicar o mecanismo de ação de cada medicamento	1(12,5)	5(62,5)	2(25)
45	Esclarecer a utilização de medicamentos homeopáticos concomitante com medicamentos alopáticos	1(12,5)	5(62,5)	2(25)
46	Orientar ssobre o recebimento de visitas em casa (de amigos, família e vizinhos)	1(12,5)	6(75)	1(12,5)

Figura 2 Gráfico de distribuição das porcentagens de concordância para itens classificados como “muito importante” no instrumento de coleta de dados pelos peritos entrevistados na primeira fase.



4.1.4 Apresentação dos comentários espontâneos dos pacientes/famílias não incluídos no instrumento de coleta

Durante as entrevistas para aplicação do instrumento de coleta de dados, alguns pacientes fizeram comentários sobre o material apresentado. A seguir serão apresentados comentários selecionados a partir dessas experiências.

Pacientes que não sabiam dirigir deram pouca importância para o item “retorno à atividade de dirigir”.

"Para mim não é nada importante porque eu não sei dirigir" (paciente 24)

Do mesmo modo, houve pacientes que não deram importância aos itens de orientação ao retorno à praia, entrar no mar ou na piscina ou viajar de avião. Isso evidencia que o lazer e o convívio social, no âmbito que foi abordado, não condiziam com a realidade de parte da amostra.

"Acho que a viagem de avião não vai influenciar" (paciente 16)

"As pessoas tem que ter consciência que não podem mais" (paciente 23)

"Porque eu não vou na praia" (paciente 31)

"Porque eu não entro no mar" (paciente 31)

Sobre a atividade sexual, a paciente 23 (viúva) e sua familiar demonstraram à pesquisadora que a compreensão sobre a cirurgia cardíaca era a de poupar todo o tipo de esforços e de atividade. Outros pacientes (casados) demonstraram interesse e expressaram que haviam esquecido de perguntar esse tema ao médico.

"Eu não perguntei isto ao médico mas é importante" (paciente 16)

"Porque são coisas que não tem porquê explicar" (paciente 23)

Quanto à contratação de ajuda adicional no domicílio, as respostas variaram:

"Porque às vezes a pessoa não tem família é importante saber como faz para ter uma ajuda" (paciente 5)

"Principalmente no caso de idosos, alguns serviços não conseguimos mais fazer" (paciente 24)

Orientação considerada muito importante: *"Se o Estado bancar tudo bem, se não é uma*

alternativa frustrante" (paciente 28)

Orientação considerada nada importante: *"Eu tenho quem me ajude" (paciente 30)*

Dentre os pacientes que comentaram a orientação sobre "indicar as ações que devem ser realizadas caso o paciente se sinta mal em casa", surgiram os seguintes comentários.

"Quando devemos chamar o vizinho, ou o SAMU?" (paciente 15)

"Principalmente ter um meio de acesso a comunicação para que alguém possa socorrer o paciente, a família, o SAMU, a defesa civil..." (paciente 16)

"Deveria existir um canal aberto 24 horas por ser uma situação nova, vão aparecer surpresas, precisamos de orientações novas para sermos tranquilizados. A orientação deve ser acompanhada por um profissional" (paciente 28)

"Como a gente não tem plano de saúde, não tem um médico cardiologista que a gente possa marcar a consulta, então é muito importante saber o que fazer quando tiver dor" (paciente 30)

Quanto a orientar o paciente sobre o retorno à consulta médica, 33 pacientes consideraram muito importante (94,3%) incluir esta orientação na ferramenta educativa. Isso demonstra que existe uma preocupação com o retorno e com o seguimento da atenção à saúde.

"Às vezes chega o dia da consulta médica e o paciente acha que não tem necessidade de ir".(paciente 17)

Apenas um paciente considerou pouco importante incluir esta orientação na ferramenta educativa:

*"Não acho importante porque o médico já fala antes de você sair do hospital".
(paciente7)*

Sobre a orientação de alertar os pacientes quanto ao risco do tabagismo e as alternativas existentes para o paciente parar de fumar, três pacientes comentaram que as orientações seriam muito importantes para o autocuidado e seis pacientes fizeram comentários ao contrário. As orientações obtiveram simultaneamente 82,9% (29) e 88,6% (31) de concordância pelos pacientes.

Orientações consideradas nada importante:

"Eu não acho importante porque eu não fumo, mas para quem fuma é importante" (paciente 14)

Orientações consideradas muito importante:

"Passando a conhecer as alternativas o paciente pode parar" (paciente 16)

"Porque se o paciente quiser morrer ele não vai parar de fumar" (paciente 19)

"Não faz diferença porque eu não fumo, seria importante se o paciente fosse fumante". (paciente 24)

"Para mim não é mais importante porque eu parei de fumar sozinho".(paciente 24)

"Oferecer alternativas e condições para o paciente, dar acesso para isto".(paciente 28)

"Acho que a orientação não vai resolver porque isto tem que ser força de vontade". (paciente 34)

Um comentário que apareceu sobre a orientação de como o paciente deveria se vestir em casa foi:

"Já aprendi aqui no hospital, não precisa ter no manual" (paciente 14)

Quanto às orientações sobre a higiene pessoal, 30 (85,7) pacientes consideraram-na muito importante e cinco (14,3%) pacientes avaliaram-na como pouco e nada importante.

"A higiene pessoal é uma obrigação da pessoa"(paciente 5)

"Isto depende de cada um".(paciente 22)

*"Cada um sabe de sua necessidade".
(paciente 23)*

Observou-se que 29 pacientes (82,9%) indicaram a orientação sobre higiene pessoal como “muito importante”. A indicação sobre a compra/aluguel de equipamentos hospitalares para uso domiciliar, não foi uma orientação sugerida por sete (20%) pacientes. Da mesma forma, o item sobre recomendar tipos e marcas de produtos também não foi levantado como necessidade por seis (17,1%) pacientes.

"Para mim que não preciso não é importante" (paciente 31)

"No meu caso não". (paciente 35)

"Isto para mim é uma questão de gosto, não vou usar porque o médico mandou".(paciente 24)

Não existiram comentários quanto à orientação “explicar a utilização de materiais de curativo (soro, gaze, luvas) em casa”. Na orientação “alertar quanto o contato com animais domésticos”, surgiram comentários com ênfase na pouca importância do item:

"Não gosto de animais, então para mim não é tão importante" (paciente 23)

"Eu não crio animal nenhum" (paciente 24)

Sobre o item “utilização de medicamentos em casa”, não existiram comentários adicionais. Já quanto ao item “orientar sobre interação medicamentosa”, dois pacientes manifestaram comentários.

"Muito importante também informar o nome comercial e o nome genérico" (paciente 28)

"Muito importante porque eu tomo quatro tipos de remédios" (paciente 31)

Quanto a orientação sobre o uso de insulina, surgiram dois comentários:

"Nada importante pois não se aplica o uso de insulina ao mesmo" (paciente 4)

"Eu não tenho diabetes, é importante para outras pessoas que têm" (paciente 24)

Em relação à orientação sobre o uso de medicamentos homeopáticos, os pacientes que a consideraram "muito importante", comentaram:

"Porque às vezes tomar uma erva do vizinho pode causar dano, misturar com o da farmácia pode complicar o paciente" (paciente 16)

"São dois tipos de drogas então você deve ser orientado se sim ou se não" (paciente 29)

Quanto ao item "explicar a possibilidade de cortar, diluir ou macerar os medicamentos" surgiu um comentário demonstrando o desconhecimento e o medo de errar.

"Porque tem paciente que não consegue ingerir o comprimido inteiro e às vezes isto não pode ter outro efeito?" (paciente 15)

Nos itens sobre comportamentos psicológicos, a recomendação de orientar o paciente a relacionar as alterações emocionais ao pós-operatório e a adaptação psicológica no domicílio foram consideradas, por cinco pacientes (14,2%) como "muito importante" na inclusão na ferramenta.

É importante porque você já vem com um trauma da cirurgia. Se você tem a cabeça fraca você fica derrubado" (paciente 15)

"Porque existem pessoas que são depressivas, que tem outros problemas psicológicos e precisam de ajuda de outros profissionais" (paciente 16)

"Depende da situação da pessoa e tendo um manual em mãos pode-se tirar as dúvidas" (paciente 16)

"Dizem que geralmente quem faz a cirurgia tem depressão" (paciente 17)

"Você estando orientado já sabe o que fazer para acabar com o sofrimento" (paciente 29)

Verificou-se um maior número de comentários sobre a inclusão da orientação de como o paciente deve lidar com a ansiedade, comunicar os medos e preocupações.

"Eu não saio do hospital para ele não pegar depressão" (família 17)

"Ansiedade e ignorância mata a gente; já sabendo um pouco pelo menos você fica preparado" (paciente 19)

"Estas alterações já aconteceram comigo" (paciente 22)

"Tudo que é novo é desafiador, a partir daquele momento é um novo caminho, então ele (o paciente) precisa estar amparado".

"Precisa ter um canal para comunicação, para esclarecimento" (família 28)

"De repente você sente uma dor e acha que está infartando, é importante saber" (paciente 29)

4.1.5 - Análise de dados coletados na primeira fase: questões abertas a pacientes e familiares

No instrumento de coleta de dados utilizado na primeira fase,

também se solicitava que o entrevistado respondesse a três questões abertas. As respostas a essas questões e os comentários dos pacientes durante a entrevista foram analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin. Pode-se observar que entre o grupo de pacientes, os temas abordados nas questões abertas foram, em geral, semelhantes. As dúvidas quanto às orientações repetiam-se entre os pacientes, independente da idade e do gênero.

A primeira questão aberta do instrumento questionava os pacientes e família sobre a necessidade de receberem orientações adicionais para o autocuidado domiciliar, ou seja, orientações que não estavam contempladas dentre os itens do instrumento e que deveriam ser incluídas. As respostas indicaram a necessidade de detalhar determinados assuntos para maior entendimento.

Dos 35 (100%) pacientes entrevistados, 13 (37,1%) relataram que não havia nenhuma orientação a mais para ser inserida na ferramenta educativa. As orientações citadas pelos demais participantes incluíram: orientações voltadas ao retorno das atividades, controle da dor, mudança de hábitos de vida, retorno ao trabalho, levantamento de peso e alimentação. As respostas relacionadas a esses aspectos são apresentadas abaixo.

Respostas dos pacientes/familiares relacionadas à alimentação:

"Se poderá comer comida mais pesada (feijoada, torresmo)" (paciente 3)

"O que eu posso ou não fazer depois da cirurgia, o que eu posso ou não comer" (paciente 20)

"Gostaria de saber uma relação de alimentos que o cardiopata pode e não pode comer" (paciente 30)

Respostas relacionadas quanto ao uso dos medicamentos:

"Como deverá ser realizado o banho em casa e se pode tomar os remédios todos juntos" (paciente 4)

" (...) Antes de fazer a cirurgia eu tomava um tipo de remédio, agora em tomo outro tipo, o que vou tomar em casa?" (paciente 14)

"O que eu sinto falta é da informação ser menos técnica, e eu me sinto atrapalhado em entender e na minha dúvida, insegurança o médico não me dá muito espaço" (paciente 28)

Respostas relacionadas às atividades físicas e atividades de vida diária:

"Se pode limpar a casa" (paciente 1)

"Quanto tempo depois poderá voltar a trabalhar pegando peso" (paciente 2)

"Se poderá fazer café, se poderá fazer almoço" (paciente 6)

"(...) pegar peso, cuidados com a alimentação, tipo de atividade física que poderá realizar" (paciente 7)

"Gostaria de ser orientado a quando posso retornar a hidroginástica" (paciente 15)

"Se eu posso subir escadas porque eu moro em sobrado" (paciente 25)

"Orientações sobre o que eu posso e o que eu não posso fazer" (paciente 26)

"Se posso subir as escadas porque moro em cima do sobrado" (paciente 27)

"Eu acho que tudo que foi perguntado tem que ser seguido. Quanto tempo tem que esperar para começar a fazer as atividades" (paciente 31)

Respostas relacionadas às eventuais intercorrências no domicílio:

"(..) como procurar um serviço de saúde em caso de necessidade" (paciente 10)

"De repente você sente uma dor e acha que está infartando, é importante saber o que fazer" (paciente 29)

Respostas enfatizando o apoio social e a participação da família no autocuidado:

"O paciente deveria ter alguém para ajudar no cuidado; as orientações devem ser feitas para um cuidador também" (paciente 12)

"Tudo o que é importante você perguntou, precisamos sair do hospital sabendo tudo o que pode e o que não pode" "Até a família precisa ser preparada pois evita complicações." (paciente 17)

Necessidade de conhecimento relacionado ao cuidado da ferida operatória:

"Como realizar o curativo dos drenos, como cobrir, como lavar" (paciente 13)

Respostas relacionadas à atividade sexual:

"Deixa eu ver, já falamos sobre tudo.... da parte sexual é importante saber sim o tempo hábil necessário para que possa" (paciente 16)

"Gostaria de ser orientada sobre sexo, depois de quanto tempo, sobre se pode ou não pode fazer esforço" (paciente 21)

"O pós-operatório é um caminho novo, por isto que a orientação deve ser real" (paciente 28)

Na segunda questão aberta, os participantes foram estimulados a relatar quais orientações, em relação à abordagem emocional no pós-operatório, julgavam importantes. Durante a entrevista, 17 (48,6%) participantes não incluíram nenhuma observação ou questionamento quanto ao suporte emocional e 18 (51,4%) participantes posicionaram-se quanto ao que estavam vivenciando e como poderiam trabalhar aquele sentimento ou momento de vida.

Para os participantes que julgaram necessária a inclusão de orientações voltadas ao suporte emocional, identificou-se maior necessidade de aprendizado voltado às preocupações que envolvem: a recuperação no domicílio, as alterações emocionais como fatores complicadores da recuperação, o enfrentamento das limitações trazidas pela cirurgia, a busca por uma recomendação especializada de suporte psicológico e como trabalhar a ansiedade e a tristeza do paciente no domicílio.

"(...) se tiver uma emoção grande se isto causará prejuízos a minha saúde" (paciente 1)

"(...) que o paciente precisa receber muito carinho da família" (paciente 3)

"Estou ansiosa pois tenho medo que os pontos do peito se abram, já realizei três cirurgias que os pontos abriram" (paciente 6)

"Tenho medos que não sei lidar com eles" (paciente 10)

"Onde procurar auxílio, como procurar ajuda psicológica. (...) os familiares e os cuidadores devem estar cientes das alterações emocionais que o paciente terá no pós-operatório" (paciente 12)

"Uma orientação que pode ser dada é para você manter a calma quando chegar em casa e que você pode encontrar alguma coisa em casa que pode te deixar nervoso, algum estresse não planejado" (paciente 15)

"Conversar com um psicólogo seria bom"-

(família 20). “Eu quero voltar para a minha casa mas a assistente social disse que eu preciso ir para a casa do meu filho”- por condições de saneamento básico precárias em casa. “Eu estou sentindo que estou piorando porque a tristeza está me tomando. Eu e o meu marido somos uma família e os outros estão querendo decidir as coisas por mim” (paciente 20)

“(...) deveria receber orientação de como lidar com o emocional da minha mãe, porque as preocupações prejudicam ela” (família 21)

“Gostaria porque eu sou muito ansiosa, gostaria de receber orientações sobre como ser mais calma, menos estressada” (paciente 22)

“Acho muito importante a orientação sobre as alterações emocionais porque nós ficamos assustados com tudo o que acontece, minha mãe variou muito mas ninguém falou nada, ninguém falou “calma, é assim”. Se alguém explicasse para a gente o que ia acontecer, o que é normal, a gente ia aceitar, mas é apavorante e traumático não saber o que acontece” (família 23)

“Só de estar falando com você eu já me sinto melhor, falando as coisas ruins vão embora. Eu aceito as coisas como Deus manda” (paciente 27)

“Se você tiver apoio você se sente confiante no que vai enfrentar” (paciente 28). “Às vezes entra em conflito com a família porque a família não entende as mudanças”(família 28)

“Se eu tiver uma dor vai vir uma emoção, uma ansiedade, o que eu devo fazer?” “Teve um dia que eu desmaiei depois da cirurgia, eu chorei muito porque eu nunca passei por isto...” (paciente 34)

Na segunda questão, alguns pacientes demonstraram a preocupação emocional relacionada ao retorno às atividades. Nesse sentido, um paciente expressou a indignação e a revolta com a doença e com a condição em que se encontrava.

“O que mais me preocupa é não saber quando vou poder retornar as minhas atividades” (paciente 5)

“Quando você é novo você tem o astral lá em cima e não se cuida por falta de informação, aí quando você fica velho o médico fala que você poderia ter tratado antes, que agora não tem mais jeito, e como a gente fica?” (paciente 17)

Dentre os pacientes que preferiram não responder essa questão, três pacientes emitiram comentários verbais que demonstraram resistência cultural e desconhecimento sobre abordagens emocionais.

“No momento eu estou bem consciente mas não posso responder por outras pessoas deprimidas” (paciente 16, masculino)

“Eu sempre fui uma pessoa fechada então eu sou do tipo que não aceita” (paciente 19, masculino)

“Por enquanto não, eu vim mais ou menos preparado, nós temos que aceitar as coisas ruins” (paciente 24, masculino)

Os demais participantes, que não acrescentaram nenhuma informação nesta segunda questão, apenas comentaram que dentro da questão (abordagem emocional) não havia nenhuma orientação adicional que gostariam de receber.

Por fim, a última questão aberta abordava os participantes quanto a interação social e retorno as atividades de vida. Assim, foi identificado que um maior número de pacientes levantou o assunto "pegar peso" como de extrema importância para o retorno às atividades.

Relacionado às atividades de vida diária, participantes do sexo feminino citaram as tarefas de cozinhar, costurar, passar roupa e limpar a casa. Já os participantes do sexo masculino citaram o

trabalho como orientações adicionais voltadas ao autocuidado domiciliar.

Dos 23 (100%) pacientes do sexo masculino, nove (39,1%) citaram a palavra "trabalho", o que demonstra que, entre as atividades, o trabalho e o sustento da família é a maior preocupação de retorno.

"Tenho medo de desmaiar trabalhando em cima dos postes" (paciente 1)

"Porque a gente faz esforço trabalhando com couro, então eu queria saber se posso voltar a trabalhar, e também trabalho com cola de sapateiro, quero saber se posso voltar a ficar sentindo o cheiro de cola" (paciente 14)

"Se posso retornar logo ao trabalho e neste meio tempo que atividade vou poder fazer antes do serviço, para que possa ocupar a cabeça, uma caminhada" (paciente 17)

"Se posso andar 50 metros, se posso voltar a fazer móveis" (paciente 26)

"Quando vou poder retornar as atividades que fazia em casa, arrumar encanamento, serviço de pedreiro..." (paciente 27)

"Se eu posso ter um infarto em seguida deste trabalhando... se eu vou sentir e se vier, como eu vou reagir" (paciente 29)

"Se eu vou poder pegar peso pois o que eu faço é um serviço muito pesado" (mestre de obras) (paciente 34)

"Se vou poder voltar a fazer o que eu fazia - serviço de mecânico - e quanto tempo depois vou poder voltar" (paciente 35)

Dos seis (26%) pacientes do sexo masculino aposentados, nenhum citou a palavra trabalho, três (13%) citaram o retorno às atividades domésticas e de lazer, um (4,3%) citou a importância de saber sobre os limites condicionantes do retorno às atividades e os demais não citaram nenhuma outra orientação.

"Quando poderá voltar a pescar, viajar de ônibus, carro e trem."(paciente 4)

"Acho que é fundamental a pessoa saber os limites, até onde pode ir para preservar o que foi feito e não ter recaída, o leigo pode por tudo a perder. Às vezes a necessidade obriga o paciente a retornar e se expor ao perigo, podendo complicar a vida" (paciente 16)

"Eu estou aposentado e gostaria de retornar aos exercícios que eu fazia, consultar os e-mails, fazer as mesmas coisas" (paciente 24)

Dentre as 12 (100%) mulheres do grupo, nove (75%) eram consideradas ativas, desempenhando trabalhos como forma de sustento, e três eram aposentadas (25%). Dentre as mulheres ativas, as falas foram relacionadas ao serviço doméstico, como cozinhar e costurar.

"Gostaria de saber se posso voltar a fazer pão" (paciente 21)

"Como fazer o serviço de casa, se eu posso fazer as coisas na correria ou se preciso de mais tempo para não prejudicar a saúde, como mais tempo para fazer a limpeza, o almoço para o marido". "Queria saber se posso andar até a escola, como vai ser a alimentação, como vai ser o cuidado"(paciente 31)

Quatro mulheres não citaram necessidade de orientação adicional, observando em algumas falas a falta do conhecimento sobre as possibilidades e limitações do pós-operatório.

"Não, porque eu sei que não vou poder fazer muita coisa e os outros vão ter que fazer por mim" (paciente 18)

"Disseram que vou ficar três meses sem fazer nada mas eu quero saber se alguma coisinha pode fazer" (paciente 20)

Três mulheres aposentadas comentaram que gostariam de

receber orientações adicionais voltadas ao trabalho doméstico.

"Quando poderei voltar a realizar tarefas de casa como lavar, passar, cozinhar, o que não poderei fazer e como será daqui para frente" (paciente 5)

"Todas as informações básicas devem ser adicionadas" (paciente 12)

"Se posso limpar móveis, arrastar móveis, lavar janela, viajar, andar de carro, passar roupa". "Se posso voltar a ir em bailes porque eu faço dança figurada que precisa de muito esforço" (paciente 22)

Dos 35 (100%) participantes, sete (20%) não citaram a necessidade de orientação adicional. Destes, seis (17,1%) pacientes eram homens e uma (2,8%) mulher.

"Não pois tudo o que eu faço depois de aposentado não me exige muito fisicamente e nem emocionalmente" (paciente 30)

Após o término das entrevistas, alguns pacientes realizaram comentários espontâneos referentes à construção da ferramenta educativa:

"Com o manual pelo menos a pessoa fica sabendo o que é bom, a pessoa se tem um manual vai direto a orientação, tem instruções"; "Ter um manual que a pessoa pode recorrer, feito pelos conhecedores pode ajudar os leigos" (paciente 16)

"É importante ser orientado, ter explicação clara porque senão você sai pedindo opinião por aí" (paciente 23)

"Por menor que a orientação seja é importante" (paciente 21)

"Gostaria de receber o manual depois de pronto" (paciente 22)

"Eu acho que tudo tem que dar informação

certinho, porque a gente não sabe, não entende" (paciente 23)

"O paciente sem informação é igual a cego" (paciente 25)

"Acho que tudo é válido, o importante é que seja consciente" (paciente 26)

"No manual vai vir tudo orientado, o que deve fazer e o que não deve" (paciente 31)

4.1.6 - Análise de dados coletados na primeira fase: questões abertas a peritos

Na análise de conteúdo das questões abertas feitas aos peritos, a primeira indagava quanto à recomendação de alguma orientação adicional ao paciente revascularizado e família. Dois peritos (25%) reforçaram a importância dos cuidados quanto a não carregar peso, um (12,5%) enfatizou a importância da inspeção da ferida operatória, um (12,5%) citou a orientação sobre as alterações do padrão de sono e a recomendação de dormir em decúbito lateral, um (12,5%) enfatizou a questão da alimentação saudável, um (12,5%) acrescentou a orientação sobre o controle da dor, um (12,5%) relatou a importância de orientar os idosos quanto aos cuidados para evitar quedas (recomendar tomar banho sentado, retirar os tapetes da casa) e um (12,5%) enfatizou os cuidados com os medicamentos homeopáticos, como a ginkobiloba, que pode interferir no efeito de determinadas classes medicamentosas.

O profissional farmacêutico considerou que determinadas informações referentes ao uso dos medicamentos não deveriam estar escritas na ferramenta educativa, pois, conforme sua experiência, podem tornar o paciente vulnerável e ansioso frente aos efeitos colaterais.

"Usualmente não se relaciona todos os eventos adversos que um medicamento pode

causar, para evitar induzir o paciente a tais sintomas. Orienta-se entrar em contato com a equipe caso tenha qualquer alteração incomum.”(Farmacêutico)

Quanto à segunda questão, sobre “orientações adicionais de suporte emocional”, seis peritos (75%) citaram a importância da orientação sobre labilidade emocional (ansiedade, tristeza, depressão) vivenciada no pós-operatório e quatro (50%) ressaltaram a necessidade de incluir essas orientações à família pois essa acompanhará o paciente após a alta hospitalar.

“Muito importante e com início no pré-operatório. Sugiro seguimento no primeiro mês e avaliação dos familiares diretos”.
(Psicóloga)

Um perito (12,5%) ressaltou a importância da orientação voltada ao controle do estresse no pós-operatório e dois (25%) enfatizaram a importância do apoio emocional, tanto ao paciente, quanto à família.

A última questão aberta indagava os peritos quanto à existência de alguma orientação adicional referente ao retorno às atividades de vida e interação social no pós-operatório. Dois peritos (25%) reforçaram a importância da orientação voltada às atividades de trabalho e vida profissional. No entanto, cada profissão demanda uma determinada necessidade, o que implica na individualização da recomendação quanto ao retorno ao trabalho.

O perito nutricionista destacou que se deve atentar ao incentivo do paciente a atividade de lazer “frequentar restaurantes”. Assim, sugeriu que o mesmo seja orientado sobre o cuidado com o consumo de determinados alimentos industrializados. O perito fisioterapeuta enfatizou a importância de o paciente ser orientado a respeitar os limites do processo de reabilitação física. Os demais peritos não incluíram orientações adicionais.

4.2 - RESULTADOS DA SEGUNDA FASE

4.2.1 - Construção da ferramenta educativa piloto

Contruiu-se a ferramenta educativa piloto com base nos resultados da primeira fase da pesquisa. Associando os dados obtidos pelas análises das respostas do grupo de pacientes e familiares aos do grupo de peritos, foram selecionados 36 itens do instrumento de coleta de dados para serem utilizados como guia para a elaboração da ferramenta. Dos 36 itens, 19 (53%) preencheram o critério de seleção para ambos os grupos (Quadro 4), 10 (28%) foram selecionados somente por peritos (Quadro 5) e sete (19%) foram selecionados somente por pacientes (Quadro 6), como mostra a Figura 3.

Quadro 4 Apresentação dos itens selecionados por pacientes/ familiares e peritos para a construção da ferramenta educativa.

Explicar a possibilidade de cortar, diluir, macerar os medicamentos
Explicar sobre os alimentos que devem ser evitados
Explicar sobre os medicamentos que serão utilizados
Indicar alternativas para reduzir os gastos com os medicamentos
Indicar as ações que devem ser realizadas caso o paciente se sinta mal em casa
Indicar o seguimento de dieta especial
Orientar a como realizar movimentos com auxílio (sentar no sofá, sair da cama)
Orientar a lidar com a ansiedade, como comunicar medos e preocupações
Orientar a utilização de insulina, caso haja necessidade
Orientar os sinais e sintomas que devem ser observados caso exista uma infecção na ferida operatória
Orientar sobre a adaptação psicológica
Orientar sobre a ingestão de bebida alcoólica
Orientar sobre a interação entre os medicamentos
Orientar sobre o retorno à consulta médica
Orientar sobre o retorno à prática de esportes
Orientar sobre o retorno da atividade sexual
Orientar sobre subir escadas
Recomendar a utilização de medicamentos genéricos
Recomendar os cuidados com a ferida operatória

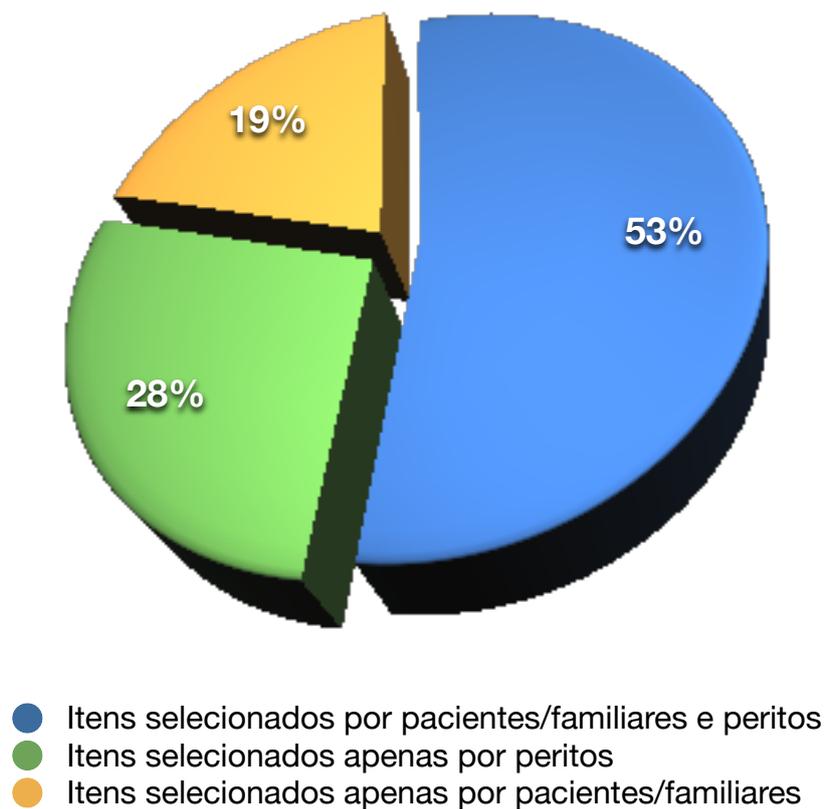
Quadro 5 Apresentação dos itens selecionados por peritos para a construção da ferramenta educativa.

Alertar sobre os riscos do fumo
Esclarecer quanto ao retorno da atividade de dirigir
Esclarecer sobre o retorno as atividades sociais (frequentar restaurantes, cinema, shopping)
Explicar estratégias para o paciente se vestir
Indicar a possibilidade de realizar viagem longa de avião
Orientar sobre as atividades de higiene pessoal
Orientar sobre da atividade de entrar no mar ou na piscina
Recomendar a utilização de meias elásticas
Recomendar alternativas para cessação do tabagismo
Relacionar as alterações emocionais com o pós-operatório

Quadro 6 Apresentação dos itens selecionados por pacientes/ familiares para a construção da ferramenta educativa.

Alertar os principais problemas encontrados com o uso dos medicamentos (efeitos colaterais)
Explicar o mecanismo de ação de cada medicamento
Explicar quanto a exposição da ferida operatória ao sol
Explicar sobre a utilização de materiais de curativo (soro, gaze, luvas) em casa
Identificar como os medicamentos estão fazendo efeito
Informar o tempo de duração dos medicamentos (tempo de ação)
Recomendar a limpeza e a segurança da casa

Figura 3 Gráfico de distribuição mostrando a participação dos pacientes/familiares e peritos na seleção dos itens para a elaboração da ferramenta educativa piloto.



Com base nesses critérios, 10 (21,7%) itens do instrumento de coleta de dados foram descartados, sendo eles: orientar a possibilidade de procedimento dentário com anestésico local, esclarecer a utilização dos medicamentos homeopáticos concomitante aos alopáticos, esclarecer quanto ao contato com animais domésticos, orientar sobre o recebimento de visitas no domicílio, indicar marcas e tipos de produtos para a higiene pessoal, recomendar a utilização de rampas para a locomoção, explicar a possibilidade do retorno á praia, indicar a compra ou aluguel de equipamentos hospitalares, indicar a contratação de acompanhantes

ou profissionais para seguimento no domicílio, recomendar o local para a compra de meias elásticas.

Por fim, os comentários dos pacientes/familiares e peritos também foram considerados para modular a elaboração final da ferramenta educativa piloto.

4.3 - RESULTADOS DA TERCEIRA FASE

4.3.1 - Características sociodemográficas e de tratamento do grupo de pacientes da terceira fase

Na terceira fase da pesquisa oito pacientes no pós-operatório de cirurgia de RM participaram da validação da ferramenta educativa piloto. As características sociodemográficas e de tratamento desses pacientes estão descritas na Tabela 6. Vale lembrar que os pacientes da terceira fase não participaram da primeira fase da pesquisa.

Tabela 6 Características sociodemográficas dos pacientes da terceira fase de construção da ferramenta educativa. São Paulo. 2013.

Característica	Descrição, n (%)
Gênero	Masculino, 4 (50%), Feminino, 4 (50%)
Estado Civil	Casado, 6 (75%), Viúvo, 1 (12,5%), Solteiro, 1 (12,5%)
Ocupação	Ativo, 2 (25%), Aposentado, 4 (50%), Não trabalha, 2 (25%)
Escolaridade	Primário, 2 (25%), Fund. e Médio, 5 (62,5%), Superior, 1 (12,5%)
Moradia	Com a família, 7 (87,5%), Sozinho, 1 (12,5%)
Participação no cuidado no domicílio	Cônjuge, 5 (62,5%), Parente de primeiro grau (mãe, irmãos, filhos), 3 (37,5%)
Idade (média, DP, Min.-Máx.)	59,75 (11,85, 42-78)
Participação da família na entrevista (n, %)	6 (75%)
Participação do paciente sozinho na entrevista (n,%)	2 (25%)

DP, Desvio Padrão. Min., mínimo. Máx., máximo., Fund., Ensino Fundamental.

É possível observar que os pacientes recrutados na terceira fase apresentaram características semelhantes a dos pacientes da primeira fase (vide Tabela 5). Dentre as diferenças observadas, destaca-se que os indivíduos do sexo masculino e feminino se distribuíram igualmente na terceira fase e o predomínio de entrevistas com a presença do familiar (75%) (vide Tabela 5).

Na terceira fase a idade média dos indivíduos também aproximou-se de 60 anos e os dados sobre tratamento também foram muito semelhantes: pacientes entrevistados estavam em média no quinto dia de pós-operatório (média 5,63, DP 2,06, mínimo 3, máximo 8), tendo sido submetidos em média a 3 pontes de

revascularização do miocárdio (média 3,25, DP 1,04, mínimo 2, máximo 5), a maioria sob utilização de CEC (n=5, 62,5%).

4.3.2 - Características do grupo de peritos da terceira fase

O grupo de peritos que participou desta fase da pesquisa foi o mesmo que participou da primeira fase, a exceção do fisioterapeuta que estava de férias no mês da coleta de dados. Assim, sendo necessário o convite de outro profissional, também fisioterapeuta. As características profissionais dos peritos, incluindo o profissional substituto, já foram apresentadas no Quadro 3.

4.3.3 - Análise de dados coletados de pacientes na terceira fase

O questionário de caracterização sociodemográfica da terceira fase foi modificado para incluir duas questões fechadas. A primeira questão indagava se o paciente ou a família haviam recebido, durante a internação, qualquer tipo de orientação educativa voltada para a alta hospitalar. Os oito (100%) pacientes responderam que não haviam recebido nenhuma orientação até aquele momento. A segunda pergunta questionava se os participantes acreditavam que uma ferramenta de ensino, no formato de um manual, entregue na alta hospitalar poderia contribuir com o processo de recuperação no domicílio. Os oito (100%) pacientes responderam que sim.

Neste primeiro contato a pesquisadora registrou alguns comentários espontâneos realizados pelos participantes:

“Eu acredito que sim (o manual pode me ajudar), pois senão vou chegar em casa e não vou saber me cuidar” (paciente 1)

“Eu não recebi orientação ainda mas eu sei que eu não posso pegar peso”. (...) sei disto porque o meu cunhado já operou” (paciente 2)

“Penso que o manual educativo será mais útil para os meus filhos do que para mim” (paciente 8)

A seguir, cada paciente recebeu a ferramenta educativa piloto e o instrumento para análise de linguagem e conteúdo/ilustrações (Apêndice 6). A pesquisadora retornou horas depois para coletar as informações preenchidas e as impressões dos pacientes e familiares.

A análise das respostas foi feita por categorias. Os resultados da fase de validação da ferramenta educativa demonstraram que na categoria "uso dos medicamentos", houve concordância de 100% (8) dos pacientes quanto à linguagem e ao conteúdo/ilustrações.

Na categoria "sinais e sintomas que você deve reconhecer", houve concordância de 100% (8) quanto ao conteúdo, de 87,5% (7) quanto à linguagem e de 87,5% (7) quanto à pertinência das ilustrações. Um paciente (12,5%) identificou um erro quanto ao conceito e um quanto à figura.

O erro quanto ao conceito referiu-se ao fato de que, na ferramenta educativa piloto, “procurar um serviço de saúde quando sentir dor no peito” não era a informação mais adequada. Isso por que esse paciente não apresentou nenhum sintoma e, quando fez um exame de “check-up”, identificou que precisava fazer a cirurgia cardíaca.

“O meu caso foi assintomático e talvez fosse interessante ressaltar a consulta regular ao cardiologista para evitar surpresas”. (paciente 3)

“A figura da página 17 não tem relação com o texto”.(paciente 3)

As categorias "cuidados com a ferida operatória" e "alívio da dor" foram analisadas em relação ao conteúdo e a linguagem, excluindo a análise quanto a pertinência de ilustrações visto que, nessas categorias, nenhuma imagem ou figura foi utilizada. Em ambas as categorias, houve concordância de 100% (8) dos pacientes quanto ao conteúdo e à linguagem.

A concordância de 100% (8) persistiu quanto ao conteúdo, à linguagem e às ilustrações nas categorias "orientações sobre alimentação", "informações sobre a utilização de bebidas alcoólicas e controle do tabagismo", "sono e insônia", "atividades", "retorno ao trabalho", bem como "depressão e problemas emocionais".

Quanto à análise de conteúdo, estrutura e formato da ferramenta educativa, 100% (8) dos pacientes concordaram com a pertinência do tamanho do material, bem como do tamanho e apresentação do texto.

Ao término do preenchimento das questões fechadas, os participantes tinham que responder a mais duas questões abertas. A primeira pergunta indagava sobre a opinião final do leitor em relação ao material e a segunda, sobre comentários e sugestões que contribuíssem com o aprimoramento da ferramenta educativa.

Sete (87,5%) pacientes responderam a primeira questão com elogios à ferramenta educativa e apenas um (12,5%) paciente não escreveu nenhum comentário. O único paciente que não respondeu a essa questão foi aquele que a pesquisadora teve que auxiliar no preenchimento do instrumento. Esse auxílio foi necessário porque, após o término do tempo previsto para a finalização da pesquisa, o referido sujeito não havia compreendido como realizar o preenchimento do instrumento. Assim, a pesquisadora leu as perguntas junto ao paciente e anotou as respostas.

Seguem alguns comentários de pacientes sobre a ferramenta educativa piloto apresentada:

“O manual é ótimo (...)” (paciente 1)

“Muito bom” (paciente 2)

“Achei muito interessante e bastante informativo. De fácil entendimento este manual e, sem dúvida, importantíssimo para um pós-operatório de cirurgia cardíaca” (paciente 3)

“Muito importante para o paciente e para a família ter em mãos um guia sobre cuidados no pós-operatório, para esclarecer qualquer tipo de dúvidas, pois as orientações serão necessárias para a recuperação; excelente” (paciente 4)

“É uma leitura muito prática para compreender e as páginas estão bem separadas, conteúdo por conteúdo” (paciente 6)

“Bem esclarecedora.” (paciente 7)

“Ótimo!” (paciente 8)

Quanto à segunda questão, três participantes (37,5%) fizeram considerações sobre a ferramenta educativa, outros três participantes (37,5%) responderam que o manual estava completo e, portanto, não havia comentários, e dois (25%) participantes escreveram que não havia comentários adicionais.

Dentre as três sugestões, duas solicitavam maiores esclarecimentos sobre alimentação e uma ressaltava a importância do suporte familiar na recuperação do indivíduo.

“No caso de alimentação deveria estar com mais sugestões em caso de líquidos e frutas, se existe alguma restrição que deveria ser bem detalhada (...) fiquei com dúvidas em relação a alimentação, sendo que pede para evitar bolacha, e aqui no hospital no lanche sempre vem bolacha” (paciente 1)

“Gostaria de saber o que pode e o que não pode comer, o tipo de comida” (paciente 2)

“Sim. O apoio da família na recuperação do paciente acredito ser muito importante

orientar também os familiares para estar presente no período em que ficam internados, muitos ficam tristes sem visitas aqui no hospital” (paciente 4)

4.3.4 - Análise de dados coletados de peritos na terceira fase

O mesmo instrumento para análise de linguagem e conteúdo/ilustrações da ferramenta educativa piloto foi apresentado ao grupo de peritos. Desta forma, analisaram-se as respostas quanto: aos critérios de veracidade das informações; apropriação ao paciente revascularizado; pertinência ao pós-operatório, contribuição para o autocuidado; esclarecimento de dúvidas no item análise de conteúdo; compreensão da linguagem; abrangência do tema e análise do conceito da categoria no item análise de linguagem; e organização, atratividade, adequação e pertinência das ilustrações no item análise de ilustrações.

Na categoria "uso de medicamentos", todos os peritos concordaram quanto ao conteúdo e ilustrações e, relacionado à linguagem, um perito (12,5%) apontou um erro de ortografia:

Correção 1:

Como estava na ferramenta (página 8): “propanolo”

Sugestão: “propranolol”

Todos os peritos obtiveram concordância em todos os itens da categoria "sinais e sintomas que você deve reconhecer", "cuidados com a ferida operatória" e “alívio da dor”.

Na categoria "orientações sobre a alimentação", houve concordância de 87,5% (7) quanto ao conteúdo, sendo que o profissional nutricionista (12,5%) fez considerações quanto à veracidade das informações:

Correção 2:

Como estava na ferramenta (página 23): "escolha comidas com pouca gordura"; "(...) use leite semi-desnatado; evite utilizar óleo (...); "coma menos produtos de origem animal (manteigas, queijos, carnes vermelhas)"; realize refeições regulares (café da manhã, almoço, jantar)"

Sugestão: "escolha alimentos com pouca gordura; (...) use leite desnatado; evite utilizar muito óleo; coma menos gordura de origem animal (leites e iogurtes integrais, aves com peles, gorduras das carnes vermelhas); realize refeições a cada 3 horas, café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia"

Quanto à análise da linguagem, 25% (2) dos peritos referiram erro de conceito e 75% (6) concordou com os critérios de análise da linguagem:

Correção 3:

Como estava na ferramenta (página 22): "Se isto acontecer, encoraje-se a comer em menos quantidade (...)"

Sugestão: "Se isto acontecer, encoraje-se a comer em menor quantidade (...)"

Como estava na ferramenta (página 23): "Evitando alimentar-se de lanches e comidas prontas durante o dia"

Sugestões: "Evitando alimentar-se de lanches e comidas prontas" e a outra sugestão "Evitando alimentar-se de lanches e comidas prontas diariamente".

Houve concordância de 100% (8) no grupo de peritos, quanto à categoria "informações sobre a utilização de bebidas alcoólicas e controle do tabagismo" e "sono e insônia" tanto na análise de linguagem, quanto de conteúdo/ilustrações.

Quanto à análise de ilustrações da categoria "atividades", o fisioterapeuta (12,5%) ressaltou que, para o tema ser mais atrativo, deveria conter uma ilustração demonstrando a realização de exercício físico. Os demais peritos (87,5%) concordaram com as ilustrações. Na validação do conteúdo, houve concordância dos oito peritos (100%) peritos e concordância de 87,5% (7) no item análise de linguagem, em que foi identificado, pelo fisioterapeuta, um conceito prejudicial quanto à realização de atividades físicas:

Correção 4:

Como estava na ferramenta (página 28): "não pratique exercícios se você não estiver se sentindo bem"

Sugestão: "Deixar claro que as atividades físicas são conforme a orientação do médico"

Na categoria "retorno ao trabalho" um perito (12,5%) sugeriu uma correção quanto à linguagem utilizada (erro de escrita). Os demais peritos (87,5%) não citaram nenhuma correção ortográfica. Houve 100% de concordância na análise de conteúdo e de ilustrações.

Correção 5:

Como estava na ferramenta (página 31): "Um sugestão"

Sugestão: "Uma sugestão"

Na análise de conteúdo e ilustrações da categoria "depressão e problemas emocionais", obteve-se 100% (8) de concordância entre os peritos. No entanto, foi identificado, pelo psicólogo (12,5%), que existia um erro de conceito sobre a diferença entre tristeza e depressão no item análise de linguagem. Os demais peritos (87,5%) não identificaram problemas quanto aos conceitos apresentados.

Correção 6:

Sugestão do psicólogo sobre a definição de tristeza: “Tristeza é um fenômeno normal que faz parte da vida psicológica de todos nós. Se a tristeza não for embora, fique atento. Começou a surgir sentimentos de apatia, indiferença, desesperança, falta de prazer? Fale com o seu médico por que você pode estar com depressão. Depressão é um estado patológico e precisa de tratamento. Diferenças entre uma e outra: A tristeza tem duração limitada, enquanto a depressão costuma afetar a pessoa por mais de 15 dias. Podemos estar tristes por algum momento difícil, um fato negativo, mas reagimos com alegria aos prazeres que surgem. O nosso ânimo não desapareceu. A depressão provoca sintomas como desânimo e falta de interesse por qualquer atividade. É um transtorno que pode vir acompanhado ou não do sentimento de tristeza e prejudica o funcionamento psicológico, social e de trabalho. Com a depressão há indisposição, desinteresse, apatia, lentidão, fadiga fácil... autoestima baixa, sentimento de menos-valia. Fica difícil de sentir prazer nas atividades que antes você gostava”.

Quanto ao conteúdo, estrutura e formato, 100% (8) dos peritos concordaram com o tamanho do material, bem como com o tamanho e apresentação do texto.

Na análise de conteúdo das perguntas abertas, identificou-se, na primeira questão, que todos os peritos (100%) elogiaram a qualidade do material, seu propósito e didática de ensino.

“Material didático excelente, claro, conciso e de fácil entendimento. As informações estão apresentadas de forma objetiva e organizada, facilitando a leitura.” (Enfermeiro 1)

“Este material possui um conteúdo muito abrangente e pertinente ao assunto, um ponto positivo é a sua forma de apresentação com figuras e linguagem de fácil

entendimento, tornando-o acessível para diferentes grupos". (Enfermeiro 2)

"Material com informações claras e objetivas, bem ilustrado e organizado."(Enfermeiro 3)

"Excelente material de educação para o paciente. Acredito que possa ser usado também para os pacientes que façam cirurgia de troca valvar."(Médico)

"Indispensável ao público alvo. O material está completo quanto às informações."(Nutricionista)

"Os temas foram abordados de forma bem clara e de leitura agradável."(Fisioterapeuta)

"Excelente conteúdo e didática do material."(Farmacêutico)

"Ficou excelente." (Psicólogo)

Um enfermeiro (12,5%) identificou nesta primeira questão que a cor azul utilizada no texto pode dificultar a leitura do conteúdo pela população idosa.

"Talvez eu não usaria o azul claro para o texto, pois principalmente em idosos as letras podem apresentar-se embaçadas dificultando o término da leitura do folheto"(Enfermeiro 3)

Por fim, na segunda questão aberta, os peritos foram indagados quanto à existência de algum comentário ou sugestão adicional para o aprimoramento da ferramenta educativa final.

O enfermeiro 1 sugeriu a modificação do cartão de medicamentos apresentado na última página da cartilha educativa por meio da inserção de duas novas colunas, sendo uma para o paciente colocar a dosagem do medicamento e a outra para descrever o seu horário. O enfermeiro 2 sugeriu acrescentar na categoria "sono e insônia", o posicionamento do paciente para dormir e o momento em que paciente poderá voltar a dormir em

decúbito ventral. Já o enfermeiro 3 sugeriu recomendar o intervalo de tempo em que o paciente deveria se programar para realizar novamente exames de controle e “check-up”.

O perito médico não fez nenhuma sugestão ou comentário quanto o aprimoramento da ferramenta. Por outro lado, o farmacêutico sugeriu retirar a terminologia “cápsulas”, utilizada na categoria “uso de medicamentos” no item “não diluição e maceração de comprimidos revestidos por *cápsulas*”. Ele explicou que, para não existir confusão entre os pacientes, a melhor forma para essa informação seria escrever apenas “não diluição e maceração de comprimidos revestidos”. Isso porque alguns pacientes utilizam medicamentos que se apresentam na forma farmacêutica de cápsulas e não são revestidos.

As considerações realizadas pelo nutricionista foram as mesmas apontadas durante o preenchimento do questionário e não houve comentário adicional.

O psicólogo sugeriu acrescentar, na categoria “sinais e sintomas que você deve reconhecer”, a informação de que, em caso de dor de maior intensidade, mais forte do que o esperado, o paciente deve procurar um serviço de saúde e avisar o seu médico imediatamente. Também recomendou que fosse acrescentada, ao final da página 24, na categoria “controle do tabagismo”, uma recomendação para conversar com o médico caso houvesse abstinência pela descontinuação do uso do cigarro.

4.3.5 - Elaboração da ferramenta educativa final

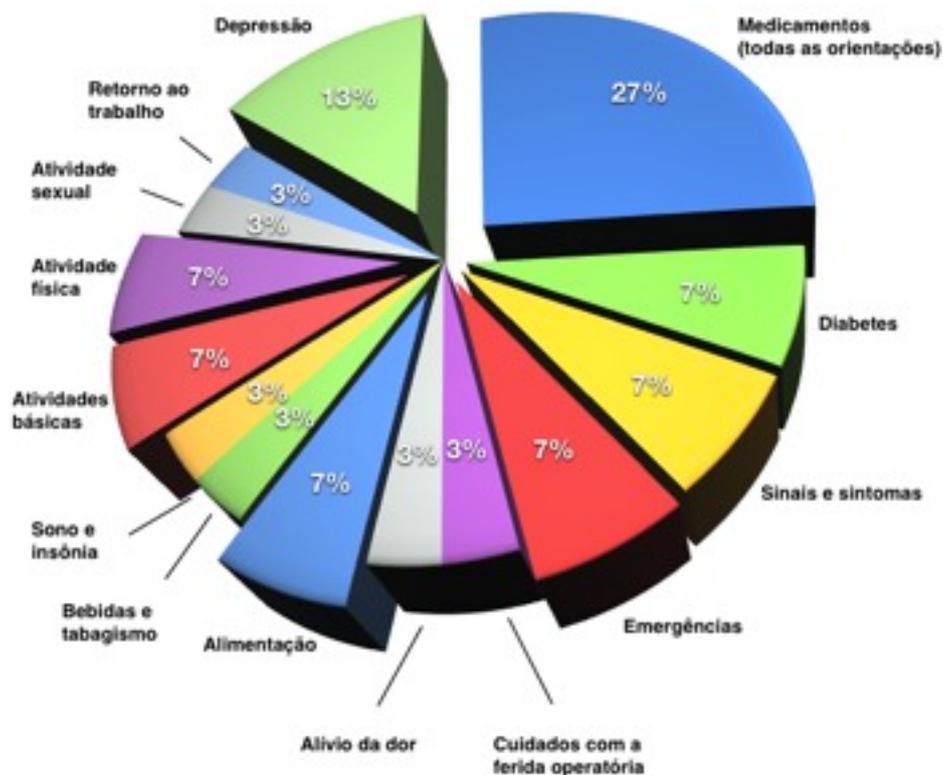
Ao final da terceira fase foi elaborada a ferramenta educativa final, com base em todo o aprendizado obtido durante o desenvolvimento das três fases da pesquisa. A ferramenta educativa final está descrita no Apêndice G.

A importância dada para cada tema escolhido para compor a ferramenta educativa final decorreu da cuidadosa avaliação das

informações disponíveis na literatura e das respostas obtidas por meio das entrevistas de pacientes e familiares e peritos na primeira e terceira fases da pesquisa.

Ao todo, foram realizadas 59 entrevistas (43 de pacientes e familiares e 16 de peritos). A distribuição do número de páginas de acordo com cada tópico escolhido para compor a ferramenta final está representada na Figura 4.

Figura 4 Gráfico de distribuição mostrando a relação entre o número de páginas e os temas selecionados para compor a ferramenta educativa final.



Dentre as modificações incorporadas na ferramenta educativa final, um item sugerido pelo paciente foi incorporado. Além das correções ortográficas, 10 sugestões provenientes dos peritos foram incorporadas à ferramenta educativa final.

Assim, foi incorporada a sugestão do paciente 3, relativa a visita periódica ao cardiologista, tendo em vista a possibilidade de existência de lesões isquêmicas miocárdicas silenciosas, imperceptíveis ao paciente e família. Foi dado destaque a esta sugestão na página 16 visto o número de mulheres e pacientes diabéticos que sofrem lesões isquêmicas assintomáticas.

Esse mesmo paciente relatou que a figura da página 17 não estava relacionada ao texto (bloco de notas). Todavia, este comentário não foi levado em consideração, pois a figura simboliza que o paciente e família devem registrar os sinais e sintomas para avisar ao médico.

Os peritos fizeram sugestões para correção da ortografia e erros de escrita. Todos esses ajustes relacionados à linguagem foram corrigidos e incorporados na ferramenta educativa final.

Na categoria “alívio da dor” a sugestão proposta pelo perito fisioterapeuta, de enfatizar que a atividade física deve ser realizada apenas com a recomendação médica foi incorporada na ferramenta educativa na página 21, ao final da frase: “Andar a pé e realizar atividades físicas diariamente podem auxiliar a reduzir o desconforto e a rigidez das pernas ao longo do tempo, *porém lembre-se de seguir a recomendação de seu médico para a prática das atividades.*”

Todas as recomendações propostas pelo perito nutricionista na categoria “alimentação” foram modificadas na ferramenta educativa final entre as páginas 22 e 23.

Os dois peritos que recomendaram ajustes na linguagem do texto, na categoria “alimentação”, sugeriram que o contexto da frase fosse revisto. Assim, procederam-se as correções da página 22 e 23 conforme a sugestão dos peritos, com o acréscimo da palavra

diariamente ao final da frase: “Realize refeições a cada três horas (...) evitando alimentar-se de lanches e comidas prontas *diariamente*”.

O perito psicólogo identificou que o conceito de tristeza e depressão estavam confusos na categoria “depressão e problemas emocionais”, sugerindo que o texto fosse reescrito e enfatizasse as diferenças entre o fenômeno tristeza e a depressão. Dessa forma, reescreveu-se, na página introdutória (página 32) da categoria “depressão e problemas emocionais”, um parágrafo com as diferenças entre tristeza e depressão, a ser: “*A tristeza é um fenômeno normal e passageiro que faz parte da vida de todos nós, já a depressão é uma doença que se estende por dias e requer tratamentos específicos!*”. Essa sentença substituiu o texto “*Sentimentos de TRISTEZA e DEPRESSÃO também são comuns, mas normalmente esses passam nas primeiras semanas de recuperação em sua casa*”.

Na avaliação do conteúdo das respostas abertas, considerou-se a sugestão proposta pelo perito enfermeiro 3 de alterar a cor azul claro do texto. Assim, os parágrafos que estavam escritos em azul claro do texto foram substituídos por azul escuro.

O perito enfermeiro 1 sugeriu que, dentro do cartão de medicamentos, apresentado na última página (o qual continha 5 colunas: nome do medicamento utilizado, para que serve?, nome do médico que prescreveu, recomendações especiais e qual a data da troca da receita?), fossem inseridas duas colunas com duas perguntas adicionais: “Qual a dosagem (do medicamento) que devo tomar?” e “Quais os horários que devo tomar (os medicamentos)?”. Ambas as colunas foram inseridas e a tabela de medicamentos foi reformatada, aumentando-se o seu tamanho.

O perito enfermeiro 2 sugeriu que fosse acrescentado na categoria “sono e insônia” a informação sobre o tempo que o paciente precisa esperar para voltar a dormir em decúbito ventral.

Dessa maneira, acrescentou-se esta informação junto a aquela sobre a utilização de travesseiros para dormir na página 25.

Sugeriu-se também pelo enfermeiro perito 3 acrescentar o intervalo de tempo para agendamento de novas consultas após a cirurgia cardíaca. Tendo em vista que aos pacientes do SUS, as consultas já são previamente agendadas na alta hospitalar e a cada retorno ambulatorial, esta sugestão não foi incorporada à ferramenta educativa, pois cada consulta médica é planejada conforme a necessidade individual do paciente.

A sugestão do perito farmacêutico foi utilizada para a reestruturação da categoria “uso dos medicamentos”, na qual se retirou o substantivo *cápsulas* da recomendação de não cortar ou macerar comprimidos revestidos, apresentado na página 10.

O perito psicólogo sugeriu acrescentar na categoria “sinais e sintomas que você deve reconhecer”, a informação de orientar o paciente e sua família a procurar um médico ou serviço de saúde em caso de aparecimento de um sintoma agudo, a exemplo da dor torácica inesperada. Esta orientação foi acrescentada na ferramenta educativa final na página 16, abaixo dos sinais e sintomas de um infarto. Este mesmo perito também recomendou que, na categoria “controle do tabagismo”, fosse incorporada uma recomendação sobre a abstinência. Esta foi acrescentada à ferramenta final no contexto pré-existente, da seguinte forma: “Converse com o seu médico sobre as alternativas que existem para você conseguir parar de fumar e *lidar melhor com a abstinência do cigarro*”.

5. DISCUSSÃO

O material didático representa uma concepção da educação por meio de sua estrutura, da organização didática de seus conteúdos de aprendizagem e de seu desenho gráfico.¹⁰⁶ Toda proposta educativa apresenta, como referência, uma idéia pedagógica que define seus caminhos. Para tanto, esta pesquisa foi orientada pelos compromissos éticos de saúde, apresentando, como base metodológica, o preparo do indivíduo e sua família para o desempenho do autocuidado após a alta hospitalar.

A visão de educação como prática social, construída por intermédio da participação, dos diálogos e dos significados atribuídos pelos indivíduos¹⁰⁶, levou ao desenvolvimento de uma ferramenta educativa direcionada ao paciente revascularizado e sua família.

Nesse processo, a pesquisa foi dividida em foi em três fases de produção, a ser: o levantamento bibliográfico e das necessidades educativas relatadas pelos pacientes/familiares no pós-operatório, bem como pelos peritos multiprofissionais; a estruturação da ferramenta educativa com base nos referenciais de aplicação de Orem e de construção de Pasquali; e a validação do conteúdo, linguagem e ilustrações de tal ferramenta.

Esse formato de construção da ferramenta educativa, baseado nas informações coletadas entre a população-alvo e os profissionais da saúde, também foi utilizado em outros estudos. Nesse sentido, Oliveira (2008)¹⁰⁷ objetivou desenvolver um manual educativo direcionado à mulher mastectomizada, sendo sua validação realizada por um grupo de mulheres mastectomizadas e de juízes, especialistas no assunto. Em outro material educativo desenvolvido por Reberti (2008)¹⁰⁸, a promoção da saúde das gestantes foi fundamentada no levantamento das demandas do público-alvo e na revisão da literatura, assim como na sistematização do conteúdo e sua validação por peritos e gestantes.

Alguns estudos¹⁰⁷⁻¹⁰⁹ reforçam que as demandas e manifestações levantadas entre os indivíduos, tanto em grupos selecionados, quanto em peritos no assunto, contribuem para a elaboração de materiais didáticos que podem ser utilizados na prática educativa, pois retratam as necessidades reais percebidas pela população-alvo que vive a condição de saúde-doença.

Além disso, a visão dos peritos é importante na elaboração de materiais de ensino e educação, pois, uma vez que são especialistas na área, podem contribuir com conhecimentos específicos ao instrumento e informações pertinentes ao paciente/família. Muitas vezes, os profissionais envolvidos no cuidado diário não conseguem contribuir com orientações focais antes da alta hospitalar. Dessa forma, esses indivíduos podem se beneficiar de uma ferramenta que, estrategicamente, contemple as orientações pertinentes à alta e que sejam úteis na recuperação do paciente/família

Em um estudo publicado por Rozemberg (2002)¹¹⁰, verifica-se que a equipe multiprofissional em saúde apresenta papel fundamental nas instituições hospitalares. Isso porque os diferentes pontos de vista contribuem para o aperfeiçoamento das informações disponibilizadas à população e, portanto, para a melhoria da comunicação entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais de saúde.

Quando os materiais educativos também são estruturados na identificação das necessidades da população-alvo, verifica-se uma maior tangibilidade do acesso à informação e ao aprendizado, facilitando a produção do conhecimento. Por isso, a elaboração dos materiais educativos em saúde, embora guiada pela expertise e experiência dos profissionais, deve fundamentar-se na valorização das demandas de conhecimento da população-alvo.¹¹¹

Com base nisso, destaca-se que a população-alvo dessa pesquisa contribuiu efetivamente para a construção do conteúdo e formato da ferramenta educativa, o que permitiu sua estruturação e adaptação à realidade dos mesmos. A participação ativa da

população-alvo permite que o conteúdo dos materiais educativos seja organizado de forma atrativa e contribui para o aumento da motivação à leitura.

O método de análise e validação da linguagem e conteúdo/ilustrações também foi utilizado no trabalho de Luz (2003),¹⁰⁵ em que o objetivo foi avaliar, por meio da colaboração de três profissionais especialistas, a qualidade das informações contidas nos materiais educativos sobre leishmaniose disponíveis nos serviços de saúde no Brasil.

Quanto à validação do material educativo, essa foi realizada por meio da análise de conteúdo, pois essa técnica permite a categorização de idéias e informações com base nos depoimentos e comentários da população estudada.¹¹²

Considera-se a comunicação escrita como uma ferramenta indispensável à divulgação de boas práticas em saúde. No entanto, existem aspectos relacionados à linguagem, ilustrações e leiaute que devem ser considerados pelos profissionais de saúde na elaboração dos materiais educativos impressos a fim de torná-los facilmente compreensíveis, legíveis e relevantes.¹¹³

Referente ao formato dos materiais educativos, os pacientes e profissionais preferem materiais ilustrados e coloridos porque a apresentação bicolor (preto e branco) não estimula a atenção e o interesse do leitor.¹¹⁰⁻¹¹¹

O material escrito facilita o processo de educação, pois permite que o leitor supere as dificuldades de compreensão por meio da decodificação de informações e memorização do conteúdo.¹¹³ Em estudo realizado por McGlone (2012)¹¹⁴, verificou-se que os materiais impressos, confeccionados para chamarem a atenção da população-alvo, devem ser, tanto informativos, quanto persuasivos para a mudança de comportamento, retratando temas de impacto à saúde.

Sabe-se que a utilização de recursos educativos para o autocuidado está associada a níveis elevados de conhecimento para

a identificação de problemas de saúde, ao auto-atendimento e ao desempenho de ações comportamentais que reduzem o aparecimento de sintomas físicos e emocionais.¹¹⁵ O autocuidado pode ser descrito como uma prática de comportamento desempenhada pelos indivíduos e fundamentada no propósito de manter e melhorar a qualidade de sua saúde²⁸. Portanto, desenvolver a capacidade do indivíduo e sua família nestas habilidades, no pós-operatório da cirurgia de RM, aumenta a qualidade de vida e reduz a incidência de complicações cardiovasculares secundárias.

Observa-se que nos países em desenvolvimento aproximadamente 50% da população adulta é analfabeta,¹¹³ o que reforça a importância do envolvimento da família no processo de educação e da estruturação das ferramentas de ensino. Além disso, como a população apresenta algum grau de dificuldade para a leitura e compreensão das informações transmitidas, a família é a unidade responsável por participar ativamente do cuidado no domicílio.

Nesta pesquisa, durante a validação da ferramenta educativa, o único paciente que questionou dois itens da mesma categoria foi aquele que apresentava o maior grau de escolaridade entre o grupo de pacientes (pós-graduação). Isso demonstra que o conhecimento e a educação auxiliam na capacidade de julgamento crítico das informações e contribui para questionamentos abrangentes sobre saúde física e mental.¹¹⁶

O nível de escolaridade pode ser reconhecido com um fator social determinante da saúde. Dessa forma, a educação e o conhecimento permitem que os indivíduos se tornem capacitados para assumirem o controle de sua própria saúde e encoraja-os a mudarem os comportamentos de risco e optarem por hábitos de vida mais saudáveis.¹¹⁷

Durante a primeira fase de construção da ferramenta educativa, verificou-se que pacientes/famílias não demonstraram concordância de opinião superior a 90% em todos os itens do

instrumento, os quais haviam sido identificados em revisão da literatura como orientações de alta pertinentes. Estes dados podem sugerir o desconhecimento dos pacientes/famílias quanto à importância de determinados cuidados à saúde, o que interferiu na fase de levantamento de necessidades percebidas. Esse fato reforça a importância da participação dos peritos no direcionamento e nas especificidades das informações, o que contribui para uma visão mais abrangente do cuidado.

Quanto à exposição da ferida operatória ao Sol - "Não me foi orientado nada disto mas eu todo dia exponho ao Sol... o Sol ajuda a calcificar." (paciente 16)

Quanto a recomendação da meia elástica - "Não é nada importante, se o paciente utilizar e suar aí podem abrir os pontos." (paciente 7)

"Não sei o que é."(paciente 11)

"No meu caso, é pouco importante porque não tenho varizes."(paciente 24)

"Por que meia elástica se fiz uma cirurgia de coração...? Quer dizer, a minha perna está inchada e machucada, acho que é importante."(paciente 15)

"Não sei avaliar isto..."(paciente 30)

"Acho que prejudicar não vai, eu não uso mas de qualquer maneira toda a informação é válida." (paciente 23)

Esses comentários reforçam a importância da educação como fator impactante ao conhecimento dos indivíduos, pois os conceitos

são adquiridos erroneamente na sociedade e requerem a mudança de paradigmas. Assim, a ferramenta educativa de ensino pode ser citada também como uma estratégia para esclarecer os conceitos divergentes.

Para os pacientes/família, a maior parte dos itens considerados como “muito importante” compreenderam as modificações do funcionamento de vida causadas pelo processo da doença e tratamento. Dentre elas, a introdução de novos medicamentos, a mudança dos hábitos alimentares, a restrição física e suas limitações e os cuidados com a ferida operatória.

Em alguns casos, foi observado que a visão do contexto de pós-operatório e orientações de alta esteve limitada a experiência individual. Assim, não foi possível estimular uma reflexão mais ampla no paciente/família sobre a proposta de avaliação da necessidade populacional com o mesmo perfil. Dessa maneira, o indivíduo refletia suas necessidades individuais, mas não se sentia representativo em um grupo com suas idéias, emoções, medos, preocupações e necessidades. Esse fato pode ter impactado na falta de concordância em relação a alguns itens da ferramenta educativa.

"Acho bom não ter esta orientação no manual (para o paciente não utilizar bebida alcoólica) porque o paciente operado não deve mais beber."(paciente 1)

"(...) o uso de rampas e corredores para a locomoção é muito importante pois me sinto muito cansada quando caminho."(paciente 5)

"Porque cuidar da ferida operatória é uma rotina, não precisa ser orientado"(paciente 24) - dando a entender que, desde a internação no hospital, a equipe já realiza o cuidado e

orienta, não necessitando estar escrito no manual.”

Por outro lado, houve predomínio dos pacientes que haviam compreendido a proposta real da primeira fase de construção da ferramenta e puderam contribuir com informações abrangentes, o que refletiu na representação do grupo de pacientes revascularizados.

"Acho que seria importante orientar (quanto à locomoção) somente se o paciente for idoso."(paciente 7)

"Para os pacientes impossibilitados de andarem sozinhos."(paciente 16)

"Explicar o motivo do porquê se deve evitar (bebida alcoólica)."(paciente 28)

Na categoria “atividades”, os pacientes sedentários pontuaram itens como “pouco” ou “nada importante”. Contudo, sabe-se que os programas de reabilitação cardíaca apresentam potencial de reduzirem a morbi-mortalidade e melhorarem a qualidade de vida dos pacientes após a cirurgia cardíaca. Isso justifica a inclusão destes itens na ferramenta educativa. ⁸¹

Para alguns pacientes, uma força espiritual, “Deus”, foi responsável pelas suas condições de saúde, o que reflete um comportamento de menor participação no processo de prevenção e controle da doença e uma posição conformista quanto à sua condição de saúde. Na literatura, identifica-se que a fé é considerada um apoio para o enfrentamento da doença coronariana e para melhoria da qualidade de vida¹¹⁸. Embora essa variável não tenha sido incluída como foco na análise, ela surgiu nas expressões espontâneas dos pacientes. No estudo de Lucchetti et al., (2011)¹¹⁹ a revisão sistemática da literatura demonstrou que existe correlação entre os resultados de saúde e as crenças religiosas e espirituais.

Dentre essas, a prática de rezar esteve correlacionada a melhores resultados no pós-operatório da cirurgia de RM, com aumento do otimismo e diminuição do estresse do paciente.

Os fatores demográficos, as comorbidades e os fatores psicossociais interferem no processo de recuperação do paciente, sendo que o suporte social prejudicado (indicado por um nível baixo de convívio social) associa-se a um pior prognóstico aos pacientes revascularizados.^{77,100} Verificou-se, tanto na primeira, quanto na terceira fase da pesquisa que mais de 60% destes podiam contar com o auxílio do cônjuge no domicílio, demonstrando que o cônjuge é o maior responsável no processo de cuidado aos pacientes submetidos à cirurgia de RM.

Verificou-se também que, entre os pacientes acompanhados pelos cônjuges, houve maior iniciativa do cônjuge para com a participação na pesquisa. A exemplo disso, a esposa do paciente 7, que prontificou-se imediatamente a participar da pesquisa, demonstrou considerável interesse em adquirir o conhecimento. O paciente ainda estava cansado e sonolento, porém a esposa fez questão de participar.

Na presente pesquisa, julgou-se pertinente incluir recursos adicionais de apoio psicológico e suporte social (endereços eletrônicos, contato telefônico e serviços de saúde referenciados) na ferramenta educativa impressa, como forma de propiciar a busca de novas informações. Os recursos adicionais são percebidos e valorizados pelos pacientes revascularizados e sua família porque auxiliam na compreensão e no desempenho do autocuidado.^{28,30}

Além disso, evidenciou-se que os pacientes e suas famílias preocuparam-se com as situações que poderiam emergir no domicílio, demonstrando interesse nas estratégias de autocuidado voltadas à redução de sintomas. Esses dados se confirmam no estudo de Sidani, em que as ações educativas interferiram diretamente na redução dos sintomas cardíacos (como palpitações e dor torácica), da fadiga e da insônia.²⁸

Durante as fases da pesquisa, verificou-se que os pacientes/famílias demonstraram interesse em receber o material educativo impresso, mesmo antes da sua validação. Por vezes, esses sujeitos referiram que um guia de cuidados estruturado poderia auxiliá-los e tranquilizá-los frente às mudanças. Raynor et al. (2007)¹²⁰ também demonstrou que pacientes e famílias preferem informações escritas para auxiliá-los na tomada de decisão no domicílio.

Nesta pesquisa, pacientes e suas famílias identificaram, como foco do aprendizado, os itens pertinentes à categoria “uso do medicamento”. Ademais, julgaram pertinente incluir informações claras e precisas sobre os medicamentos, com tamanho de letra, cor e papel apropriado. Poucos estudos abordam o problema da legibilidade no uso de medicamentos. No entanto, muitos pacientes se interessam pelos problemas e efeitos colaterais que podem aparecer e preocupam-se com a qualidade e credibilidade das informações disponibilizadas pela indústria farmacêutica.¹³⁰

A clareza da linguagem torna-se fundamental para a transmissão da informação, levando-se em consideração que, nos materiais escritos, o leitor está sozinho frente à interpretação. Assim, as linguagens técnico-científicas, ambíguas e exclusivamente populares atrapalham a interpretação das informações e contribuem para o aparecimento de dúvidas.¹²¹ Durante as fases da pesquisa verificou-se que os pacientes/famílias demonstraram grande interesse em receber o material educativo impresso, mesmo antes de sua validação, referindo por vezes que um guia de cuidados estruturado poderia auxiliá-los e tranquilizá-los frente às mudanças. Raynor et al. (2007)¹²⁰ também demonstrou em seu estudo que pacientes e famílias preferem informações escritas para auxiliá-los na tomada de decisão no domicílio.

O item sobre alterações emocionais no pós-operatório também apresentou, tanto concordância entre respostas (pacientes/famílias e peritos), quanto comentários na validação. Assim como em outros estudos, pacientes/famílias valorizam a importância do aspecto

emocional e psicológico e, em última análise, beneficiam-se das ações educativas. Logo, apresentam menos estresse psicológico após a cirurgia de RM, com melhora da qualidade de vida e do enfrentamento aos problemas.¹¹⁵ Por outro lado, para aqueles indivíduos que não deram importância aos componentes psicológicos no pós-operatório, identifica-se que o erro de conceito interferiu no resultado das respostas, especialmente a dos pacientes do sexo masculino, dentre os quais predominou a resistência a este tipo de orientação.

Em uma das respostas abertas, um familiar sugeriu o envolvimento da família durante o processo de hospitalização do paciente. Isso porque havia notado que, na mesma enfermaria, havia uma paciente que não recebia visitas e, por acaso, apresentava uma pior recuperação, comparada a da sua mãe. Nesse caso, a familiar considerou a presença da família importante ao desfecho clínico da paciente.

Um outro familiar referiu ansiedade frente às alterações psicológicas que sua mãe estava apresentando. O familiar enfatizou que, após o procedimento cirúrgico, sua mãe apresentava sinais de isolamento, tristeza e apatia. Essa consideração reforça a importância da compreensão da labilidade emocional do paciente pelos membros da família.

“(...) Na ferramenta educativa, tudo está muito bem explicado, porém na prática, aquela realidade, de existir um acompanhamento psicológico, não existe e os profissionais médicos e de enfermagem não são preparados para trabalhar com estes aspectos no pós-operatório” (Familiar 8)

A literatura demonstra que o apoio da família facilita a aceitação

do procedimento cirúrgico com menos estresse e ansiedade, pois sua representatividade está aliada ao processo de enfrentamento dos problemas.^{38,78}

Na etapa de validação da pesquisa, observou-se que os pacientes/famílias reuniam-se para discutir assuntos da ferramenta educativa e preencher o instrumento. Nesse grupo, havia um paciente no pré-operatório da cirurgia de RM que solicitou uma ferramenta educativa a fim de preparar-se para a cirurgia. Em última análise, existe a possibilidade de os pacientes/famílias beneficiarem-se da ferramenta educativa enquanto recurso de enfrentamento. Isso porque o conhecimento sobre o problema melhora a compreensão do processo vivenciado, permite a identificação de soluções apropriadas, voltadas à própria condição, e torna o processo saúde-doença menos ameaçador.³⁸

6. LIMITAÇÕES

Durante a construção e aplicação dessa pesquisa, algumas limitações foram experienciadas. A primeira refere-se à expectativa de obter-se um número maior de familiares, o que não foi possível porque a presença da família, mesmo durante os horários de visita, era menos freqüente devido à distância do local de moradia desses indivíduos.

A segunda limitação foi uma das perguntas do instrumento utilizado, na fase de validação, para a análise da ferramenta entre o grupo de pacientes, familiares e peritos em cardiologia. Provavelmente, há um viés no item, quanto à veracidade do conteúdo, pois se presume que o leigo (paciente/familiar) não esteja apto a avaliar a pertinência do conteúdo do texto em relação à literatura científica.

O menor número de pacientes/famílias da amostra na fase de validação da ferramenta poderia ter sido uma limitação. Todavia, a quantidade de participantes selecionados veio de encontro à concordância de respostas obtidas, ou seja, um número menor de pacientes e famílias foram entrevistados devido ao maior número de concordância de respostas. Assim, partindo-se do princípio de que as respostas da ferramenta foram esgotadas, pode-se supor que o aumento da amostra refletiria nas mesmas respostas.

Talvez a concordância de 100% em todas as categorias apresentadas na ferramenta educativa expresse que os pacientes/famílias não compreenderam a importância da análise de validação da ferramenta educativa como uma proposta de ensino direcionada ao autocuidado.

7. CONCLUSÃO

Esta dissertação de mestrado teve como objetivos específicos: 1. identificar o conteúdo para fazer parte da ferramenta educativa; 2. sistematizar o conteúdo dessas informações; 3. estruturar a ferramenta educativa; e 4. validar a ferramenta de ensino direcionada ao autocuidado. A pesquisa baseou-se nas respostas, sugestões e comentários de pacientes submetidos a cirurgia de RM, que estavam ou não acompanhados por seus familiares, e nas recomendações sugeridas pelos profissionais especialistas no assunto.

Primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura e identificados os principais temas abordados como orientações de alta aos pacientes revascularizados: deambulação precoce, controle da dor, suporte emocional, tristeza e depressão, condicionamento físico, utilização de escadas, fadiga, ansiedade, cuidados com a ferida operatória, suporte social, controle de sinais e sintomas (constipação, diarreia, distensão abdominal, palpitações, náuseas e inapetência, controle urinário), controle do peso, utilização de medicamentos (anticoagulantes, antiagregantes, hipolipemiantes) e efeitos adversos, retorno á consultas médicas e realização de exames de rotina.

A seguir, baseado nestas orientações, construiu-se um instrumento de coleta de dados e identificou-se que, entre pacientes/famílias, as principais necessidades de orientações de alta para o autocuidado no domicílio foram: controle da alimentação, controle do uso de bebidas alcoólicas, cuidados com a ferida operatória, cuidados com a casa (limpeza e segurança), identificação de sinais e sintomas de alerta à saúde e direcionamento aos serviços de saúde, utilização de medicamentos (consumo, interação medicamentosa, mecanismo de ação, efeitos colaterais), redução de gastos com os medicamentos, utilização de escadas, retorno à prática de esportes, atividade sexual e atividades diárias (vestir-se,

movimentar-se), adaptação psicológica, ansiedade e retorno á consulta médica.

Utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, os peritos em cardiologia citaram como recomendações de alta: retorno à prática de esporte, seguimento de dieta, controle do uso de bebidas alcoólicas, cuidados com a ferida operatória e identificação de sinais infecciosos, identificação de sinais e sintomas de alerta para problemas de saúde, retorno á consulta médica, alertas quanto ao fumo e alternativas existentes para cessação do tabagismo, esclarecimentos sobre os alimentos que devem ser evitados, retorno das atividades sociais, retorno à atividade de dirigir, retorno da prática sexual, utilização dos medicamentos no domicílio e interação medicamentosa, utilização de insulina nos pacientes diabéticos, alternativas existentes para reduzir os gastos com medicamentos, orientações sobre a utilização dos medicamentos, cuidados na interpretação das alterações emocionais, orientações para subir escadas, vestir-se, movimentar-se, entrar no mar ou na piscina, utilização de meias elásticas, orientações sobre a higiene pessoal, recomendações sobre a utilização de medicamentos genéricos, identificação de alterações emocionais no período pós-operatório e orientações sobre a adaptação psicológica.

A ferramenta educativa foi sistematizada de forma a abranger tanto as respostas dos pacientes/famílias com concordância acima de 90%, como de peritos em cardiologia com concordância acima de 75%. Ao todo, 36 ítems de orientação direcionada ao autocuidado no pós-operatório da cirurgia de RM foram iidentificados e compuseram a ferramenta, separados em categorias.

A estruturação do conteúdo seguiu o referencial metodológico de Pasquali baseado nos critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, credibilidade, simplicidade e equilíbrio. Os itens também foram disponibilizados na ferramenta educativa com base no modelo do autocuidado, referenciado por Orem.

Por fim, a ferramenta educativa foi exposta a um novo grupo de pacientes revascularizados e suas famílias e aos peritos em cardiologia. Nessa fase, foram realizados ajustes ortográficos e acréscimos de informações, em especial citadas pelos peritos em cardiologia, constituindo a fase de validação da tecnologia de ensino. Disto resultou a ferramenta educativa final.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente que pacientes revascularizados e suas famílias reconhecem a importância de serem adequadamente orientados sobre as modificações, limitações e desenvolvimento de habilidades na recuperação cirúrgica. No geral, a proposta de construção de um guia de orientações foi bem recebida pela unidade paciente-família e pelos peritos, sendo, muitas vezes, produzidos comentários entusiasmados sobre as vantagens que a ferramenta educativa apresentaria às orientações verbais antes da alta hospitalar.

O método escolhido para o planejamento desta pesquisa envolveu pacientes, familiares e peritos de diferentes especialidades a fim de abranger o maior número de temas pertinentes à recuperação cirúrgica de RM após a alta, sendo analisados sob diferentes perspectivas.

Considerando que existem diversos materiais educativos que são distribuídos como guias de orientação aos pacientes/familiares, são poucas as ferramentas de educação construídas com o rigor metodológico utilizado nessa pesquisa.

Uma ferramenta educativa deve abranger muito mais do que apenas colocar idéias resumidas em um papel e disponibilizá-lo ao paciente. É preciso envolver e conhecer a população-alvo, estimular a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado e buscar melhores diagramações gráficas para incentivar a leitura. Sendo assim, a validação do conteúdo pela população-alvo e por especialistas no assunto fez parte desse estudo com o intuito de otimizar a compreensão das informações e aproximar o binômio paciente-família da leitura.

A experiência deste estudo demonstrou que as ferramentas educativas e provavelmente outras estratégias de ensino e orientação são bem aceitas por pacientes, familiares e peritos. Por

consequente, esforços nesse sentido devem ser estimulados.

Por outro ângulo, esta pesquisa trouxe contribuições ao desenvolvimento profissional da pesquisadora. Dentre elas, destacam-se o aprendizado sobre o método científico e as estratégias de desenvolvimento de ferramentas educacionais, bem como a vivência de liderar uma pesquisa com esta abrangência. Ademais, como o contato com pacientes e peritos ocorreu em ambiente de trabalho similar ao da pesquisadora (unidades de tratamento cirúrgico de pacientes cardiopatas), esta experiência, certamente, produziu ensinamentos que serão úteis pelo restante de sua carreira.

Enfim, espera-se que a elaboração da ferramenta educativa tenha sido o primeiro passo para estabelecer contínuas melhorias na preparação para a alta hospitalar e para a melhoria do autocuidado de pacientes durante a recuperação de cirurgias cardíacas. Além da implementação efetiva da ferramenta educativa em unidades de tratamento, a mesma pode ser continuamente atualizada e servir como modelo para iniciativas semelhantes em outros setores dentro do hospital.

REFERÊNCIAS

1. Silva GS, Sousa AG, Soares D, Colósimo FC, Piotto RF. Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013; 59 (3).
2. Hughes, RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality.U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication.2008.
3. Lucchesi, F; Macedo, PCM; de Marco MA. Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva. Rev SBPH. 2008; 11 (1).
4. Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. Appl Nurs Res. 2007 May; 20(2):72-7.
5. Dantas RAS, Aguillar OM. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento do enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem. 2001; 9(6):31-6.
6. The Joint Comission Guide to Patient and Family Education. Joint Comission Resources.Jcaho: 2003.
7. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura*. Acta Paul Enferm. 2008; 21 (2): 351-5.
8. Peduzzi M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35 (1): 103-9.
9. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. [internet]. Ministério da Saúde. Documento base para gestores e

trabalhadores do SUS. Brasília, jan 2004.[acesso em 2011 nov 25]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf.

10. Diretrizes da Cirurgia de Revascularização Miocárdica. Arq Bras Cardiol. 2004;82.

11. American Heart Association: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Livro do Profissional de Saúde.2006.

12. Ministério da Saúde. Datasus. [internet]. Sistema de informações de mortalidade. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10. [acesso em 2011 nov 25]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Contagem da população em 2007. [acesso em 2011 nov 25]. Disponível em: www.ibge.gov.br.

14. Fox KAA, Cokkinos DV, Deckers J, Keil U, Maggioni A, Steg G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2000; 21: 1440.

15. Fox KAA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous O, Avezum Au. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). European Heart Journal (2002) 23, 1177–1189.

16. Polanczyk CA, Ribeiro JP. Coronary artery disease in Brazil: contemporary management and future perspectives. Heart. 2009; Jun;95(11):870-6.

17. Muller, LA, Rabelo, ER, Moraes, MA, Azzolin, K. Delay factors on the administration of thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction in a general hospital. Latino-am

Enfermagem. 2008; janeiro-fevereiro; 16(1):52-6.

18. Wood FO, Leonowicz NA, Vanhecke TE, Dixon SR, Grines CL. Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Who Do Not Undergo Reperfusion. *Am J Cardiol.* 2012 May 23.

19. Araújo DV, Lima, VC, Ferraz, MB. Análise de Impacto do Stent Farmacológico no Orçamento do Sistema Único de Saúde. *Arq. Bras. Cardiol* 2007; 88 (4): 458-463.

20. Trindade IS. Stent é Realmente um Epônimo? *Rev Bras Cardiol Invas* 2003; 11(4): 64-66.

21. The GRACE Investigators. GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events): a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2001; 141: 190–9. [19].

22. Favaloro RG. Saphenous vein autograft replacement of severe segmental coronary artery occlusion: operative technique. *Ann Thorac Surg.* 1968; 5: 334-9.

23. Prates PR - Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos... *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1999; 14 (3): 177-84.

24. Nascimento LMS, Enrico AC, Antonio Luiz, CALP. Mortality related to cardiac surgery in Brazil, 2000-2003. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;131:907-909.

25. Teles, A; Palma, JH; Catani R. Experience in 3,866 Patients Off-Pump Myocardial Revascularization: Critical Analysis of 23 Years'. *Ann Thorac Surg.* 2006;81:85-89.

26. Pompeo DA, Pinto MA, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti

NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes*. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (3): 345-50.

27. Utriyaprasit K, Moore SM, Chaiseri P. Recovery after coronary artery bypass surgery: effect of an audiotape information programme. J Adv Nurs. 2010 Aug;66(8):1747-59. Epub 2010 Jun 16.

28. Fredericks S, Sidani S. An exploration of the relationship between coronary artery bypass graft patients' self-sought educational resources and outcomes. J Cardiovasc Nurs. 2008 Sep-Oct;23(5):422-31.

29. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Services Research. 2007. 7:47.

30. Cebeci F, Celik SS. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. J Clin Nurs. 2008 Feb;17(3):412-20.

31. George JB e colaboradores. Teorias de Enfermagem: Fundamentos para a Prática Profissional. Porto Alegre, 1993. Ed Artes Médicas.

32. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. Rev. enferm. UERJ. 2008.16 (3): 313-318.

33. Diógenes MAR, Pagliuca LMF. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. 2003. 24(3):286-93.

34. Organização Mundial da Saúde. Glossary of Terms for Community Health. [acesso em 2012 nov 05]. Disponível em: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>.
35. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs*. 2003 Jul-Aug;19(4):204-10.
36. DeVon HA, Rankin SH, Paul SM, Ochs AL. The Know & Go! program improves knowledge for patients with coronary heart disease in pilot testing. *Heart Lung*. 2010 Nov-Dec;39 (6): 23-33.
37. Folkman S, Lazarus RS. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company: 1984; p. 456.
38. Cohan C, Pimm JB, Jude JR. *Coping with heart surgery and bypassing depression: a family's guide to the medical, emotional, and practical issues*. Psychosocial Press: 1991; p. 278.
39. Rigon, AG. *Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar [dissertação de Mestrado]*. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Sta Maria; 2011.
40. Nunes E. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Rev. Port. Sau. Pub*. 2011; 29(2): 200-202.
41. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: 2010.
42. Lapum J, Angus JE, Peter E, Watt-Watson J. Patients' discharge experiences: returning home after open-heart surgery. *Heart Lung*. 2011 May-Jun;40(3):226-35.
43. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *J Adv Nurs*. 2004;47(5):483-91.

44. Sorlie T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørli D. Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery--A randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2007, 65(2):180-8.
45. Paul Kligfield. *The Cardiac Recovery Handbook: The Complete Guide to Life After Heart Attack or Heart Surgery*. 2a ed. New York: Hatherleight; 2006; p.296.
46. Yam FK, Akers WS, Ferraris VA, Smith K, Ramaiah C, Camp P, Flynn JD. Interventions to improve guideline compliance following coronary artery bypass grafting. *Surgery*. 2006 Oct; 140(4):541-7.
47. Goyal A, Alexander JH, Hafley GE, Graham SH, Mehta RH, Mack MJ, Wolf RK, Cohn LH, Kouchoukos NT, Harrington RA, Gennevois D, Gibson CM, Califf RM, Ferguson TB Jr, Peterson ED; PREVENT IV Investigators. Outcomes associated with the use of secondary prevention medications after coronary artery bypass graft surgery. *Ann Thorac Surg*. 2007 Mar;83(3):993-1001.
48. Krumholz HM, Radford MJ, Ellerbeck EF, Hennen J, Meehan TP, Petrillo M, Wang Y, Jencks SF. Aspirin for secondary prevention after acute myocardial infarction in the elderly: prescribed use and outcomes. *Ann Intern Med*. 1996 Feb 1;124(3):292-8.
49. Sun JC, Teoh KH, Lamy A, Sheth T, Ellins ML, Jung H, Yusuf S, Anand S, Connolly S, Whitlock RP, Eikelboom JW. Randomized trial of aspirin and clopidogrel versus aspirin alone for the prevention of coronary artery bypass graft occlusion: the Preoperative Aspirin and Postoperative Antiplatelets in Coronary Artery Bypass Grafting study. *Am Heart J*. 2010 Dec;160(6): 1178-84.

50. Lacy CF, et al. Medicamentos Lexi - uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde. Barueri: Manole; 2009; p. 1713.
51. Berger JS. Platelet-directed therapies and coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol.* 2009 Sep 7;104(5):44C-8C.
52. Gao C, Ren C, Li D, Li L. Clopidogrel and aspirin versus clopidogrel alone on graft patency after coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg.* 2009 Jul;88(1):59-62.
53. Huynh T, Thérroux P, Bogaty P, Nasmith J, Solymoss S. Aspirin, warfarin, or the combination for secondary prevention of coronary events in patients with acute coronary syndromes and prior coronary artery bypass surgery. *Circulation.* 2001 Jun 26;103(25):3069-74.
54. American Heart Association. Cardiac medications. [acesso em 2013 jan 05]. Disponível em: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/PreventionTreatmentofHeartAttack/Cardiac-Medications_UCM_303937_Article.jsp.
55. American Heart Association. A patient's guide to taking warfarin. [acesso em 2013 jan 05]. Disponível em: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/A-Patients-Guide-to-Taking-Warfarin_UCM_444996_Article.jsp.
56. Chen J, Radford MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Are beta-blockers effective in elderly patients who undergo coronary revascularization after acute myocardial infarction? *Arch Intern Med.* 2000 Apr 10;160(7):947-52.
57. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Edwards FH, Ewy GA, Gardner TJ, Hart JC, Herrmann HC, Hillis LD, Hutter AM Jr, Lytle BW, Marlow RA, Nugent WC, Orszulak TA; American College of

Cardiology; American Heart Association. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Circulation*. 2004 Oct 5;110(14):e340-437.

58. [No authors listed]. The effect of aggressive lowering of low-density lipoprotein cholesterol levels and low-dose anticoagulation on obstructive changes in saphenous-vein coronary-artery bypass grafts. The Post Coronary Artery Bypass Graft Trial Investigators. *N Engl J Med*. 1997 Jan 16;336(3):153-62.

59. Lazar HL. The use of angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Vascul Pharmacol*. 2005 Feb;42(3):119-23.

60. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med*. 2000 Jan 20;342(3):145-53.

61. American Heart Association. Warning Signs of a Heart Attack. [acesso em 2013 fev 08]. Disponível em: http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSignsofaHeartAttack/Warning-Signs-of-a-Heart-Attack_UCM_002039_Article.jsp

62. Kulik A, Rassen JA, Myers J, Schneeweiss S, Gagne J, Polinski JM, Liu J, Fischer MA, Choudhry NK. Comparative effectiveness of preventative therapy for venous thromboembolism after coronary artery bypass graft surgery. *Circ Cardiovasc Interv*. 2012 Aug 1;5(4):590-6.

63. Ambrosetti M, Salerno M, Zambelli M, Mastropasqua F, Tramarin R, Pedretti RF. Deep vein thrombosis among patients entering cardiac rehabilitation after coronary artery bypass surgery. *Chest*. 2004 Jan;125(1):191-6.
64. Kubota H, Miyata H, Motomura N, Ono M, Takamoto S, Harii K, Oura N, Hirabayashi S, Kyo S. Deep sternal wound infection after cardiac surgery. *J Cardiothorac Surg*. 2013 May 20;8:132.
65. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary heart disease prevention. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011 May-Jun;53(6):397-403.
66. Ades PA, Savage PD, Toth MJ, Harvey-Berino J, Schneider DJ, Bunn JY, Audelin MC, Ludlow M. High-calorie-expenditure exercise: a new approach to cardiac rehabilitation for overweight coronary patients. *Circulation*. 2009 May 26;119(20):2671-8.
67. Cardenas GA, Lavie CJ, Cardenas V, Milani RV, McCullough PA. The importance of recognizing and treating low levels of high-density lipoprotein cholesterol: a new era in atherosclerosis management. *Rev Cardiovasc Med*. 2008 Fall;9(4):239-58.
68. Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer MJ. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ*. 1999 Dec 11;319(7224):1523-8.
69. Racca V, Castiglioni P, Ripamonti V, Bertoli S, Calvo MG, Ferratini M. Nutrition markers in patients after heart surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2010 Mar-Apr;34(2):143-50.
70. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006; p. 58

71. Ledur P, Almeida L, Pellanda LC, Schaan BD. Predictors of infection in post-coronary artery bypass graft surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011 Apr-Jun;26(2):190-6.
72. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med.* 1995 Jan;24(1):41-7.
73. Richmond RL, Kehoe L, de Almeida Neto AC. Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome. *Addiction.* 1997 Jan;92(1):27-31.
74. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan CR, Croghan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med.* 1997 Oct 23;337(17):1195-202.
75. Cavender JB, Rogers WJ, Fisher LD, Gersh BJ, Coggin CJ, Myers WO. Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the Coronary Artery Surgery Study (CASS): 10-year follow-up. CASS Investigators. *J Am Coll Cardiol.* 1992 Aug;20(2):287-94.
76. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999 Apr 27;99(16):2192-217.
77. King KB, Reis HT, Porter LA, Norsen LH. Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychol.* 1993 Jan;12(1):56-63.
78. Aggarwal B, Liao M, Allegrante JP, Mosca L. Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in

the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *J Nutr Educ Behav*. 2010 Nov-Dec;42(6):380-8.

79. Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2008 Mar-Apr;34(2):266-76.

80. Carmen, M. Exercise and Sports. *Exercise in Cardiovascular Disease*. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. 2012 Nov; 4: 867-873.

81. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 1997 Out; 69 (4).

82. Milani RV, Lavie CJ. Prevalence and effects of cardiac rehabilitation on depression in the elderly with coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 1998 May 15;81(10):1233-6.

83. Kim C, Youn JE, Choi HE. The effect of a self exercise program in cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease. *Ann Rehabil Med*. 2011 Jun;35(3):381-7.

84. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, Amsterdam EA, Bittner V, Franklin BA, Gulanick M, Laing ST, Stewart KJ; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2007 Jul 31;116(5):572-84.

85. Milani RV, Lavie CJ, Mehra MR, Ventura HO. Impact of exercise training and depression on survival in heart failure due to coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2011 Jan;107(1):64-8.

86. Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clin Proc.* 2009 Apr;84(4):373-83.
87. *Acute Coronary Syndromes*. Edited by Mariano E. Brizzio. InTech: 2012; p. 117 - 124.
88. Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T, Taylor RS. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010 Jan 19;340:b5631.
89. DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, Kloner RA, Lakin M, Meston CM, Mittleman M, Muller JE, Padma-Nathan H, Rosen RC, Stein RA, Zusman R. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol.* 2000 Jul 20;86(2A):62F-68F.
90. Lukkarinen H, Lukkarinen O. Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: eight-year follow-up. *Heart Lung.* 2007 Jul-Aug;36(4):262-9.
91. Milani RV, Lavie CJ. Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *Am J Med.* 2007 Sep; 120(9):799-806.
92. Mallik S, Krumholz HM, Lin ZQ, Kasl SV, Mattera JA, Roumains SA, Vaccarino V. Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation.* 2005 Jan 25;111(3):271-7.
93. Rollman BL, Belnap BH, LeMenager MS, Mazumdar S, Schulberg HC, Reynolds CF 3rd. The Bypassing the Blues

treatment protocol: stepped collaborative care for treating post-CABG depression. *Psychosom Med.* 2009 Feb;71(2):217-30.

94. Eales CJ, Noakes TD, Stewart AV, Becker P. Predictors of the successful outcome of one-year survivors of coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc J S Afr.* 2005 Jan-Feb;16(1):29-35.

95. Coronary artery surgery study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery. Quality of life in patients randomly assigned to treatment groups. *Circulation.* 1983 Nov; 68(5):951-60.

96. Polit DF; Hungler BP; Beck CT. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.* 7a ed. São Paulo: Artmed; 2011; p. 670.

97. Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação.* Petrópolis: Vozes; 2003; p. 392.

98. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. Resolução n 196 de 10 de outubro de 1996. [acesso em 2013 fev 16]. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br

99. Fredericks S. Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009 Jun;8(2):144-50.

100. Parry MJ, Watt-Watson J, Hodnett E, Tranmer J, Dennis CL, Brooks D. Cardiac Home Education and Support Trial (CHEST): a pilot study. *Can J Cardiol.* 2009 Dec;25(12):393-8.

101. Mullen-Fortino M, O'Brien N. Caring for a patient after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing.* 2008 Mar;38(3): 46-52.

102. Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of

recovery after hospital discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008 Mar;7(1):36-42.

103. Lameshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Published on behalf of WHO. Chichester: Statist. Med; 1990; p. 1382.

104. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.

105. da Luz ZM, Pimenta DN, Rabello A, Schall V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad Saude Publica*. 2003 Mar-Apr;19(2):561-9.

106. A construção do livro didático na educação a distância da escola nacional de saúde pública Sergio Arouca. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz: 2010.

107. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 115-23.

108. Reberte LM. Celebrando à vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da UAP, 2008.

109. Queiroz, MVO, Dantas MCQ, Ramos IC. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 55-63.

110. Rozemberg B, Silva APP, Vasconcellos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*

[online]. 2002; 18 (6): 1685-1694.

111. Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009; 25(11):2386-2394.

112. Zombini EV; Pelicioni MCF. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2011; 21(1): 51-58.

113. Moreira MF, Nobrega MM, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2003; 56 (2):184-8.

114. McGlone MS, Bell RA, Zaitchik ST, McGlynn J 3rd. Don't let the flu catch you: agency assignment in printed educational materials about the H1N1 influenza virus. *J Health Commun.* 2013;18(6):740-56.

115. Moore SM, Dolansky MA. Randomized trial of a home recovery intervention following coronary artery bypass surgery. *Res Nurs Health.* 2001 Apr;24(2):93-104.

116. Shankar J, Ip E, Khalema E, Couture J, Tan S, Zulla RT, Lam G. Education as a social determinant of health: issues facing indigenous and visible minority students in postsecondary education in Western Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2013 Aug;10(9):3908-29.

117. Mirowsky, J.; Ross, C. Education, personal control, lifestyle, and health. A human capital hypothesis. *Res. Ag.* 1998; 20: 415–449.

118. Dantas RA, Rossi LA, Costa MC, Vila VS. [Quality of life after myocardial revascularization: evaluation according to two

methodological perspectives]. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2): 163-8.

119. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bassi RM, Nobre MR. Complementary spiritist therapy: systematic review of scientific evidence. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011.

120. Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, Dorer G, Gilbody S, Dickinson D, Maule AJ, Spoor P. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess.* 2007 Feb; 11(5)

121. Freitas AAS, Cabral IE. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de folheto educativo. *Esc. Anna Nery.* 2008; 12 (1).

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: "TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA"

Pesquisador Responsável: Ana Lucia Siqueira Costa. Pesquisador Assistente: Luana Llagostera Sillano Gentil

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (EEUSP)

Telefone para contato: (11) 982084561 E-mail para contato: luanagentil@usp.br

Telefone Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 30617548

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa "TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA", de responsabilidade da pesquisadora Ana Lucia Siqueira Costa e pesquisadora assistente Luana Llagostera Sillano Gentil. A sua participação neste trabalho contribuirá para o desenvolvimento de um material educativo para auxiliar os pacientes e seus respectivos familiares a enfrentarem a alta hospitalar, após a cirurgia cardíaca, de uma forma mais organizada. Será entregue ao Sr. (ª) um questionário contendo algumas questões e um espaço para fazer sugestões e comentários. As informações coletadas irão servir para a elaboração de um manual. Posteriormente a pesquisadora irá recolher o questionário e se achar necessário conversará com o Sr (ª) para esclarecer possíveis dúvidas nas respostas. As respostas dos questionários serão analisadas pela pesquisadora e incluídas no trabalho. A pesquisadora garante ao Sr

(^a) sigilo, confidencialidade das informações, privacidade e ausência de riscos na pesquisa, nenhuma imagem, nem dados pessoais serão utilizados nesta pesquisa, apenas as informações coletadas no questionário contribuirão com o desenvolvimento deste trabalho e posteriormente contribuirão para uma ferramenta de ensino e aprendizado para a comunidade. A participação nesta pesquisa é de caráter voluntário, em qualquer momento que o Sr (^a) quiser desistir da pesquisa poderá fazê-lo sem prejuízo a pesquisa ou a comunidade. Se o Sr (^a) tiver dúvidas acerca da pesquisa poderá conversar com a pesquisadora através do contato eletrônico ou telefônico, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Esta pesquisa não causará nenhum gasto financeiro e também nenhum ressarcimento inerente à participação voluntária. Este termo de consentimento livre e esclarecido deve ser preenchido em duas vias, onde uma via ficará com a pesquisadora e uma via com o/a Sr/Sra.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

São Paulo, _____ de _____ de 2013

Nome e assinatura do profissional / paciente ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE B**FICHA DE CADASTRO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nome:

Idade:

Sexo: () F () M

Estado civil:

Ocupação:

Escolaridade: () sim () não

() Alfabetizado

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Pós-graduação

Com quem o Sr/Sra mora?

O Sr/Sra pode contar com alguma ajuda em casa?

Qual a relação de parentesco de quem mora na casa?

Qual a relação de parentesco da pessoa que o auxilia nos cuidados?

APÊNDICE C**FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL****1. Informações gerais****Nome:****Idade:****Sexo: F () M ()****2. Formação Acadêmica****Curso:****Nível: Grad () Espec () Mest/Dout ()****3. Qual a sua vivência em cardiologia?**

APÊNDICE D

ROTEIRO DE PERGUNTAS DIRECIONADO AOS PACIENTES/ FAMILIARES/PERITOS: PRIMEIRA FASE

Questões fechadas: Leia as questões abaixo e assinale se considera o contexto nada importante (1), pouco importante (2) ou muito importante (3) para a orientação domiciliar das tarefas de autocuidado após a cirurgia de revascularização do miocárdio.

DADOS	1	2	3
ATIVIDADE FÍSICA			
Quando retornar a praticar esportes			
Quando será autorizado a subir escadas			
Utilização de corredores e rampas para locomoção			
ALIMENTAÇÃO			
Seguimento de dieta especial			
Ingestão de bebida alcoólica (depois de quanto tempo e quantidade)			
Alimentos que devem ser evitados			
CUIDADOS COM A FERIDA CIRÚRGICA			
Cuidados com a ferida cirúrgica			
Sinais e sintomas que podem ser observados caso exista o desenvolvimento de uma infecção			
Utilização de meias elásticas			
Local para compra de meias elásticas (lojas de artigos hospitalares)			
Exposição da ferida cirúrgica ao sol			
LAZER			
Limpeza e segurança da casa			
Recebimento de visitas em casa (familiares, amigos, vizinhos)			
Retorno de atividades tais como frequentar restaurantes, cinema, shopping			
Retorno a atividade de dirigir			
Retorno a praia			
Retorno a entrar em mar ou piscina			

DADOS	1	2	3
Realização de viagens longas de aviação			
ATIVIDADE SEXUAL			
Retorno a atividade sexual			
SUPORTE SOCIAL			
Contratação de ajuda adicional no domicílio			
Ações que devem ser realizadas caso o paciente se sinta mal em casa			
Informações sobre retorno a consulta médica			

DADOS	1	2	3
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA			
Realização de procedimento dentário com anestésico local			
Fumar após a cirurgia			
Alternativas que existem para o paciente parar de fumar			
Técnicas específicas para se vestir, tomar banho e se movimentar			
Movimentação com auxílio, como e quando fazer			
Cuidados adicionais para realizar a higiene pessoal			
Tipos/ marcas de produtos de higiene pessoal adequados			
Equipamentos extra como cama hospitalar, cadeira de banho, cilindro de oxigênio e onde conseguirá estes equipamentos			
Orientações sobre utilização de materiais de curativos e luvas hospitalares em casa			
Contato com animais domésticos			
MEDICAMENTOS			
Informações sobre os medicamentos que o paciente tomará em casa			
Informações sobre interação medicamentosa			
Utilização de insulina em casa aos pacientes diabéticos			
Informações sobre o tempo de duração dos medicamentos			
Informações sobre mecanismo de ação dos medicamentos			
Substituição dos medicamentos por medicamentos genéricos			
Alternativas para reduzir os gastos do paciente com medicamentos			

DADOS	1	2	3
Informações sobre problemas que o paciente pode esperar dos medicamentos			
Informações sobre como identificar se os medicamentos estão fazendo efeito			
Utilização de medicamentos homeopáticos concomitante com os medicamentos prescritos			
Informações sobre a possibilidade de cortar, macerar, dissolver os medicamentos			
PSICOLÓGICO			
Orientações sobre adaptação psicológica			
Orientações de como lidar com a necessidade de comunicar ansiedade, preocupações, medos			
Orientações sobre alterações emocionais no período de reestabelecimento da saúde			

PACIENTES/FAMÍLIAS:

Quais os tipos de orientações que não estão no questionário e o Sr (a) considera importante para o desempenho das tarefas de autocuidado no domicílio?

Em relação a abordagem emocional, o que o Sr (a) gostaria de receber como orientação?

Relacionado a interação social e retorno as atividades de vida o Sr (a) gostaria de saber alguma orientação a mais?

PERITOS

O Sr (a) gostaria de acrescentar alguma orientação para auxiliar o paciente no desempenho das tarefas de autocuidado no domicílio?

Em relação a abordagem emocional, o Sr (a) considera importante oferecer suporte emocional ao paciente?

Relacionado a interação social e retorno as atividades de vida após a cirurgia, o Sr (a) consideraria mais alguma orientação ao paciente?

APÊNDICE E**FICHA DE CADASTRO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nome:

Idade:

Sexo: () F () M

Estado civil:

Ocupação:

Escolaridade: () sim () não

() Alfabetizado

() Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino superior completo

() Ensino superior incompleto

() Pós-graduação

Com quem o Sr/Sra mora?

Quando o Sr(a) retornar para casa poderá contar com a ajuda em seus cuidados destas pessoas?

O Sr(a) já recebeu alguma orientação voltada para a alta após a cirurgia cardíaca nesta internação?

O Sr(a) acredita que um manual educativo entregue na alta hospitalar possa ajudar você e seus familiares no processo de recuperação em casa?

APÊNDICE F

CATEGORIA 1. Uso do medicamento

QUANTO AO CONTEÚDO	SIM	NÃO
As informações estão corretas?		
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?		
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?		
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?		
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Uso dos medicamentos" no pós-operatório?		
QUANTO AO LINGUAGEM	SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?		
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?		
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Uso de medicamentos"?		
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____		
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES	SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?		
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?		
As ilustrações (figuras) são pertinentes?		

CATEGORIA 2. Sinais e sintomas que você deve reconhecer

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Sinais e sintomas" que devem ser reconhecidos no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Sinais e sintomas que você deve reconhecer"? Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 3. Cuidados com a ferida operatória

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Cuidados com a ferida operatória" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Cuidados com a ferida operatória"? Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			

CATEGORIA 4. Alívio da dor

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Alívio da dor" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Alívio da dor"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			

CATEGORIA 5. Orientações sobre a Alimentação

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Orientações sobre a alimentação" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Orientações sobre a alimentação"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 6. Informações sobre a utilização de bebidas alcoólicas e controle do tabagismo

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre a utilização de "bebidas alcoólicas e o tabagismo" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Bebidas alcoólicas e tabagismo"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 7. Sono e insônia

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Sono e insônia" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Sono e insônia"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 8. Atividades

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Atividades" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Atividades"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 9. Retorno ao trabalho

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Retorno ao trabalho" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Retorno ao trabalho"?			
Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

CATEGORIA 10. Depressão e problemas emocionais

QUANTO AO CONTEÚDO		SIM	NÃO
As informações estão corretas?			
As informações são apropriadas aos pacientes que fizeram a cirurgia cardíaca?			
As informações são apresentadas em um contexto pertinente aos pacientes que estão no período do pós-operatório?			
As informações apresentadas contribuem para o desenvolvimento do auto-cuidado?			
O conteúdo esclarece as dúvidas dos pacientes sobre "Depressão e problemas emocionais" no pós-operatório?			
QUANTO AO LINGUAGEM		SIM	NÃO
A linguagem está compreensível?			
Todos os conceitos importantes foram abordados de forma clara e compreensível?			
Você observou algum erro ou algum conceito prejudicial às informações na categoria de "Depressão e problemas emocionais"? Caso a resposta seja SIM, identifique o número da página e o parágrafo: _____			
QUANTO AS ILUSTRAÇÕES		SIM	NÃO
A composição das ilustrações (figuras) está atrativa e organizada?			
A quantidade de ilustrações (figuras) está adequada?			
As ilustrações (figuras) são pertinentes?			

Avaliação geral da ferramenta educativa

QUANTO AO CONTEÚDO, A ESTRUTURA E O FORMATO		SIM	NÃO
O tamanho do material está adequado?			
O tamanho do texto (número de páginas) está adequado?			
A apresentação do material está adequada (a capa, as cores e a sequência de informações)?			
Qual a sua opinião final após a leitura do material? _____ _____ _____ _____ _____			
Na sua opinião, existe alguma outra informação ou comentário que deveria estar inserido neste material educativo? Se sim, acrescente abaixo suas sugestões. _____ _____ _____ _____ _____			

APÊNDICE G

A ferramenta educativa final encontra-se na contra-capas deste volume.

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- EEUSP



PROJETO DE PESQUISA

Título: TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06098312.8.0000.5392

Pesquisador: ANA LUCIA SIQUEIRA COSTA

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 85122

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

"TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA" é o nome do projeto de mestrado acadêmico de LUANA L.S.GENTIL. A pesquisa está sistematizada "no formato de uma tecnologia educativa guiada para a orientação e o autocuidado do paciente cardíaco revascularizado e família" e utiliza dois modelos teóricos: o desenvolvido por Dorothea Elizabeth Orem, voltado para as atividades de autocuidado; e o de Pasquali, restrito ao pólo teórico, que se baseia na literatura e nas experiências da população alvo. Segundo a pesquisadora, trata-se de uma "pesquisa metodológica", ou seja, investiga métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. "O pesquisador que trabalha com pesquisa metodológica tem como meta a construção de instrumentos confiáveis, precisos e que possam ser empregados e utilizados por outros pesquisadores", no caso, o material educativo voltado para a educação e o cuidado de pacientes cardiopatas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: "Desenvolver uma tecnologia educativa que auxilie a reabilitação e promova o autocuidado dos pacientes submetidos a cirurgia de RM e seus familiares na alta hospitalar e no domicílio".

Objetivos específicos:

- Identificar o conteúdo que fará parte da ferramenta educativa
- Construir a ferramenta educativa (sistematizando o conteúdo e selecionando as ilustrações)
- Validar a semântica e o conteúdo com os princípios do Pasquali
- Validar o conteúdo e a linguagem da ferramenta educativa com a colaboração dos pacientes e familiares
- Validar o conteúdo e a linguagem da ferramenta educativa com a colaboração dos peritos na área de cardiologia".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos à saúde ou integridade das pessoas, eventualmente um desconforto do paciente para responder a questões para o que se pretende: produzir material educativo. Os benefícios não são imediatos, a produção de material educativo exige tempo, inclusive para a sua própria divulgação, mas certamente é um manual que poderá contribuir efetivamente para os cuidados com pacientes cardíacos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito boa: o tema é pertinente, o texto é claro e coerente e detalha todos os procedimentos de natureza metodológica que serão adotados. Há coerência entre o que se pretende e o referencial teórico-conceitual e metodológico adotado. É uma pesquisa que poderá contribuir não só para com a área da enfermagem ou o campo da saúde mas sobretudo com os cuidadores de pacientes cardíacos que, não raras vezes, são os próprios familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos estão de acordo.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se a necessidade de inclusão de relatórios: parcial e final, na plataforma Brasil.

29 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos

ANEXO 2

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HCFMUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA:
UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA

Área Temática:

Pesquisador: ANA LUCIA SIQUEIRA COSTA

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 04248612.2.0000.5392

~~PARER DO COMISSÃO DE ÉTICA~~

Número do Parecer: 45179

Data da 20/06/2012

Apresentação do Projeto:

adequado

Objetivo da Pesquisa:

Elaborar material educativo para auxiliar pacientes e familiares a enfrentarem a alta hospitalar pós cirurgia cardíaca

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

risco mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de preocupação em sistematizar e formalizar as orientações sobre os cuidados aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Recomendações:

nada a comentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Junho de 2012

Assinado por:

Luiz Eugênio Garcez Leme

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - HCFMUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: TECNOLOGIA EDUCATIVA DE CUIDADOS PARA A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA:
UMA FERRAMENTA PARA O PACIENTE E FAMÍLIA

Área Temática:

Pesquisador: ANA LUCIA SIQUEIRA COSTA

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 06098312.8.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante

Número do Parecer: 60626

Data da Relatoria: 25/07/2012

Apresentação do Projeto:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Objetivo da Pesquisa:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Recomendações:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

JÁ HOUVE MANIFESTAÇÃO DESTE CEP EM 27.06.12 FAVOR VERIFICAR.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Na data de emissão desse parecer estava pendente (1) parecer de instituições coparticipantes.

SAO PAULO, 25 de Julho de 2012

Assinado por:
Luiz Eugênio Garcez Leme

ANEXO 3**Mem.DE.InCor-193/2012**

São Paulo, 07 de Dezembro 2012.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Francisco Vargas Suso
Coordenador da Comissão Científica

Esta diretoria tomou ciência da documentação anexa e autoriza a coleta de dados no Instituto do Coração, do projeto de pesquisa da aluna **Luana Llagostera Sillano Gentil**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), da Escola de Enfermagem da USP, intitulado "*Tecnologia Educativa de Cuidados para a Revascularização Miocárdica: uma Ferramenta para o Paciente e Família*".

Atenciosamente,



Dr. Edison Tayar
Diretor Executivo
Instituto do Coração HCFMUSP

COMISSÃO CIENTÍFICA
RECEBIDO
14/12/12
raive