

DO ADOECER À CIRURGIA CARDÍACA: REPERCUSSÕES (DES)ORGANIZADORAS NA FAMÍLIA

Resumo: Conhecer a experiência da família frente ao adoecimento e realização de cirurgia cardíaca. Pesquisa qualitativa, descritiva, relativa à família. A coleta de dados foi realizada em uma unidade de cardiologia intensiva de hospital público do Rio Grande do Sul, com nove famílias, totalizando 10 pessoas, através de questionário sociodemográfico e entrevista não estruturada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. A categoria “O adoecimento e a cirurgia cardíaca como (des)organizadores da unidade familiar” explicita as situações vivenciadas pela família desde o momento do diagnóstico de uma doença cardiovascular até a realização da cirurgia cardíaca. Essas situações são desorganizadoras da unidade familiar, fazendo com que a mesma busque estratégias para se reorganizar e garantir o cuidado do familiar doente, enquanto aguarda a cirurgia. O adoecimento e a necessidade do procedimento modificam o funcionamento familiar, desencadeiam sofrimento e conflitos, mas também promovem união e esforços coletivos para superar as dificuldades.

Descritores: Doença Crônica, Cirurgia Cardíaca, Família, Enfermagem.

From falling ill to cardiac surgery: (dis)organizing repercussions in the family

Abstract: To know the family's experience in the face of illness and cardiac surgery. Qualitative, descriptive research related to the family. Data collection was carried out in an intensive cardiology unit of a hospital in Rio Grande do Sul, with nine families, totaling 10 people, through a public sociodemographic structure and unstructured interview. Data were selected for content analysis. The category “Illness and cardiac surgery as (dis)organizers of the family unit” explains situations experienced by the family from the moment of diagnosis of a cardiovascular disease to the performance of cardiac surgery. These situations are disorganizing the family unit, causing the same strategy to seek to reorganize itself and guarantee the care of the sick family member, while waiting for the surgery. Illness and the need for a procedure modify family functioning, trigger suffering and conflicts, but also promote unity and collectives to overcome difficulties.

Descriptors: Chronic Disease, Cardiac Surgery, Family, Nursing.

De la enfermedad a la cirugía cardíaca: (des)organización de las repercusiones en la familia

Resumen: Conocer la experiencia de la familia ante la enfermedad y la cirugía cardíaca. Investigación cualitativa, descriptiva relacionada con la familia. La recolección de datos se realizó en una unidad de cardiología intensiva de un hospital de Rio Grande do Sul, con nueve familias, con un total de 10 personas, a través de una estructura sociodemográfica pública y una entrevista no estructurada. Los datos fueron seleccionados para el análisis de contenido. La categoría “Enfermedad y cirugía cardíaca como (des)organizadores de la unidad familiar” explica cómo son las situaciones vividas por la familia desde el momento del diagnóstico de una enfermedad cardiovascular hasta la realización de la cirugía cardíaca. Estas situaciones están desorganizando la unidad familiar, provocando que la misma estrategia busque reorganizarse y garantizar el cuidado del familiar enfermo, en espera de la cirugía. La enfermedad y la necesidad de un procedimiento modifican el funcionamiento familiar, desencadenan sufrimientos y conflictos, pero también promueven la unidad y los colectivos para superar las dificultades.

Descritores: Enfermedad Crónica, Cirugía Cardíaca, Familia, Enfermería.

Itagira Manfio Somavilla

Enfermeira. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: itagira_manfio@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3557-6053>

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: nara.girardon@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3604-2507>

Angélica Dalmolin

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: angelica_dalmolin@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0595-1054>

Evelyn Boeck dos Santos

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: evelyn.boeck@acad.ufsm.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5228-4768>

Bárbara Estéla Gonçalves Senter

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: barbara.senter@acad.ufsm.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0105-6957>

Priscila Perfeito Paz

Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

E-mail: priscila.perfeito@acad.ufsm.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1706-9923>

Submissão: 29/06/2022

Aprovação: 16/10/2022

Publicação: 21/12/2022



Como citar este artigo:

Somavilla IM, Girardon-Perlini NMO, Dalmolin A, Santos EB, Senter DEG, Paz PP. Do adoecer à cirurgia cardíaca: repercussões (des)organizadoras na família. São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(40):304-313. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.304-313>

Introdução

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, pessoas nascidas no Brasil tinham a probabilidade de viver, em média, até 76,6 anos¹. Associado ao aumento da expectativa de vida, há um aumento das doenças crônicas e degenerativas², com destaque para as Doenças Cardiovasculares (DCV), sendo esta a principal causa de morte no Brasil e, também, no mundo^{3,4}.

As DCV constituem um conjunto de patologias, e possíveis sequelas decorrentes do suprimento vascular insuficiente⁵. Dentre estas, dois grupos apresentam a maior prevalência: as Doenças Isquêmicas do Coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares que em estágio inicial tem progressão lenta e ausência de sintomas. Esses fatores contribuem para que as pessoas posterguem a busca por atendimento médico, fazendo com que a maioria recorra aos serviços de saúde já em fases avançadas⁶.

Existe uma mitificação cultural associada ao coração, que o considera como fonte da vida, fazendo com que o adoecimento por uma DCV, seja percebido como uma situação ameaçadora da continuidade da vida, fator que gera no indivíduo adoecido e em sua família sentimentos de medo, insegurança e ansiedade⁷.

Diante do adoecimento por patologias cardiovasculares, a cirurgia cardíaca integra um dos tratamentos comuns a muitos pacientes⁸. Contudo, a cirurgia cardíaca desperta medo, suposição de dor e possibilidade de morte, o que constitui um paradoxo, pois também se associa ao sentimento de esperança, uma vez que é visto como uma oportunidade de recomeçar a vida⁹.

Nessa perspectiva, o apoio recebido no auxílio para o atendimento das necessidades físicas e psicológicas, além do encorajamento propiciado pela sua rede de convívio, especialmente pelo núcleo familiar, amigos e profissionais de saúde favorecem o enfrentamento das dificuldades advindas desse período. Ao receber um suporte adequado, os pacientes se tornam mais capazes de superar as consequências do adoecimento e da cirurgia cardíaca^{10,11}. A família quando recebe a notícia do diagnóstico de uma patologia crônica, bem como da necessidade de uma intervenção cirúrgica, passa por mudanças na sua dinâmica, o que pode ocasionar, inicialmente, a desorganização e desestabilidade do núcleo familiar^{12,13}.

Com isso, essa pesquisa justifica-se pela exposição e fragilidade da unidade familiar diante do adoecimento por uma DCV que pode ter seu curso prolongado até que se realize a cirurgia cardíaca. Logo, compreender como as famílias se comportam diante desse evento corrobora para que a enfermagem elabore estratégias de intervenção capazes de contribuir para o fortalecimento e a reestruturação do equilíbrio familiar, além de promover a integralidade e qualificação do cuidado prestado.

Perante o exposto, o presente estudo tem como questão de pesquisa: “Como a família experiêcia o adoecimento por uma doença cardiovascular e a realização de cirurgia cardíaca em um de seus membros”? Procurando responder este questionamento, tem-se como objetivo: conhecer a experiência da família frente ao adoecimento e realização de cirurgia cardíaca.

Material e Método

Estudo qualitativo, de natureza descritiva, relativo à família. As pesquisas descritivas visam descrever as características de uma população ou fenômeno, ou ainda relacionar as variáveis, objetivando a familiarização, a percepção e a relação entre seus elementos¹⁴. No que tange às pesquisas relativas à família, as respostas de cada membro são consideradas de forma individual, diferentemente dos estudos de família, em que elas são consideradas como unidades de análise e permitem a compreensão da interação entre seus integrantes¹⁵.

As coletas ocorreram no período de agosto a setembro de 2017, na Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) de um hospital público de ensino, que realiza seus atendimentos apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo referência em saúde para 45 municípios. Possuía, na época, 49 leitos de terapia intensiva, sendo seis deles da UCI, que consiste em uma unidade fechada. Dos seis leitos, dois são destinados à cirurgias cardíacas e recebem pacientes em pré e pós-operatório. São realizadas, em média, três cirurgias cardíacas por semana, sendo que os pacientes permanecem internados, em média, cinco dias após a intervenção cirúrgica¹⁶.

Os critérios de inclusão elencados, foram: membros da família de paciente submetido a cirurgia cardíaca que estivessem aguardando a finalização do procedimento na sala de espera, com idade igual e/ou superior a 18 anos. Foram excluídos os familiares que não apresentassem condições físicas e/ou cognitivas para compreensão e participação na pesquisa. Nove famílias participaram do estudo, totalizando dez pessoas. Estas foram abordadas aleatoriamente,

inicialmente, na unidade de internação ou após o encaminhamento do paciente para o bloco cirúrgico, quando foi formulado o convite para participar do estudo. Destaca-se que foi realizado teste piloto com um familiar, sendo que este não integrou o *corpus* de análise. Não houve recusa à participação.

A coleta de dados foi conduzida por duas pesquisadoras, previamente capacitadas, em uma sala anexa ao centro cirúrgico, com o intuito de facilitar a participação da família que aguardava a finalização do procedimento. Em um primeiro momento, foi explicado o objetivo da pesquisa e esclarecido os aspectos éticos envolvidos, bem como os riscos e benefícios relativos à participação. Após, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam a um questionário com o objetivo identificar suas características sociodemográficas e, também, conhecer o quadro clínico do paciente. Na sequência, foi realizada uma entrevista não estruturada, norteadas pela pergunta: “Por favor, conte-me como foi para sua família o adoecimento do Sr./Sra (nome do paciente) e como é para vocês ele/a estar realizando cirurgia no coração nesse momento?”.

As entrevistas foram gravadas em meio digital com auxílio de gravador, com duração média de 46 minutos. Após, foram transcritas na íntegra em documento de *Word*, organizadas e analisadas segundo a proposta da análise de conteúdo a partir das proposições de Bauer¹⁷. Inicialmente, os documentos foram organizados e lidos repetidas vezes, com o intento de alcançar a apropriação dos dados. Na sequência, estes foram organizados manualmente em códigos e, por semelhança de sentido, agrupados em subcategorias, de modo que os

tornassem exclusivos e independentes uns dos outros e representassem a experiência vivida. Assim, a construção de um referencial de codificação permitiu dar origem a categoria: “O adoecimento e a cirurgia cardíaca como (des)organizadores da unidade familiar”, a qual foi discutida com base em literatura de cotejamento.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 2.178.326. Para garantir o anonimato dos participantes, as famílias foram identificadas, por meio da utilização de códigos alfanuméricos, tais quais F1, F2, F3 e, assim, sucessivamente.

Resultados

Nove famílias de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca participaram da pesquisa, totalizando dez pessoas. Destes, quatro eram cônjuges, dois pais, dois irmãos e dois filhos, sendo sete mulheres e três homens. No que concerne aos dados sociodemográficos, a faixa etária variou entre 21 a 72 anos, sendo a média de 55 anos de idade, a maioria possuía ensino médio incompleto e a renda familiar variou entre 120 e 600 dólares.

Em relação aos pacientes, houve o predomínio da idade de 56 anos, com ensino fundamental incompleto e com tempo de diagnóstico da doença cardíaca de oito dias a 15 anos. O período de internação hospitalar pré-operatória foi de três a 15 dias, sendo a média de nove dias. Das nove cirurgias cardíacas acompanhadas, dois pacientes foram a óbito, sendo um no período transoperatório e o outro no pós-operatório imediato.

A seguir é apresentada a categoria: o adoecimento e a cirurgia cardíaca como (des)organizadores da unidade familiar.

O adoecimento e a cirurgia cardíaca como (des)organizadores da unidade familiar

Para as famílias participantes do estudo, o período de internação que precede a cirurgia cardíaca é referido como um momento em que as lembranças relacionadas ao adoecimento remetem ao impacto inicial gerado pela descoberta da doença cardíaca, associando-a ao susto causado pela informação de que realizar uma cirurgia no coração seria necessário.

“Isso está agora no nosso caminho, sendo que não estava nem previsto. Porque um homem tão saudável e que nunca tinha tomado um comprimido, de repente aparece com um quadro desse tamanho? A gente nunca pensou que ele ia depender tanto da gente” (F3).

“Para nós foi uma surpresa muito grande essa doença no coração dele, porque a gente não imaginava, não esperava” (F8).

A descoberta de uma doença cardíaca, muitas vezes, aconteceu de maneira inesperada para as famílias, causando surpresa e estranhamento. Concomitante a esses sentimentos, as famílias referiram certa inquietação uma vez que não percebiam em seu familiar alterações clínicas visíveis que indicassem algo tão grave que exigisse monitoramento e cuidados constantes, bem como a ajuda dos membros da família.

O diagnóstico associado a necessidade de limitação das atividades físicas e restrição de esforços por parte da pessoa doente desencadeia um processo em que, diante da incapacidade e do desamparo percebidos, os papéis familiares precisam ser revistos e, muitas vezes, modificados. Para atender às novas demandas, que inclui garantir ajuda e proteção, a família tem que buscar alternativas para contornar as repercussões decorrentes do adoecimento, embora isso possa significar mudanças importantes no modo de viver.

“Muita mudança, muito transtorno. Porque, até então, fazia 15 anos que só morava nós dois na chácara. Por causa da doença dele, precisamos de alguém para ficar junto. Uma das minhas filhas se propôs a voltar e morar conosco. Daí veio o transtorno de modificar a casa, gastos com mudança e outras coisas. A nossa vida mudou bastante, porque eu tinha uma casa bem grande e tive que me mudar e ceder as peças para ela” (F8).

“Muitas coisas foram restringidas para ela. Nós também tínhamos nossos afazeres... Assim, tudo mudou para ela, para gente também mudou. Ela está tomando remédio anticoagulante, e os médicos falaram que tem que se cuidar muito, evitar acidentes e cortes. Ela passou a ficar com medo de sair de casa por causa disso. Daí a gente não sai também” (F1).

“A gente ficou mais junto, se reuniu mais. Porque estava meio afastada da família, e com a função dela a gente ficou mais perto, parece que se aproximou mais. Depois que deu esse problema na mãe, a gente fica mais tempo juntos” (F2).

Os participantes mencionaram como as mudanças ocasionadas pelo adoecimento repercutiram na unidade familiar, na vida da pessoa doente e de alguns familiares de modo mais intenso. A família necessitou elaborar estratégias que pudessem viabilizar a continuidade da vida, seja sendo flexível e tolerante às alterações necessárias, aprendendo a conviver com as modificações geradas pela doença, reorganizando o ambiente e a dinâmica domiciliar a fim de cuidar do familiar doente ou dispendo-se a auxiliá-lo nas suas limitações. Percebe-se, também, que o adoecimento favoreceu o estreitamento de laços e a reaproximação de familiares que estavam afastados, havendo maior colaboração com a finalidade de possibilitar conforto e amparo ao familiar que se encontra adoecido.

Além das mudanças que o adoecimento desencadeia, identifica-se que esse pode ser gerador

de desentendimentos e conflitos intrafamiliares, uma vez que os integrantes da família realizam movimentos no sentido de encontrar uma causa e um culpado para o desencadeamento da doença cardíaca.

“Já brigamos entre irmãos e com a mãe, pelo fato de o pai estar aqui no hospital. Na verdade, o primeiro impulso é culpar o outro, é querer saber quem incomodou mais para o pai ter tido isso, quem deu mais problemas. É assim que funciona, uma família funciona assim. De alguma forma a gente tenta achar um culpado aonde não tem” (F4).

“A família não acreditava na doença dele, a única que acreditava era eu. Faz meio ano que eu digo para os meus irmãos que o pai está doente, que ele tem algo mais. Eles diziam que eu queria que ele tivesse outra doença. Não davam bola. Só que eu não quero que tenha doença nenhuma. Eu quero que ele sare” (F3).

Como a doença cardiovascular é, geralmente, silenciosa, a revelação do diagnóstico pode suscitar na família acusações de negligência em relação ao cuidado do familiar, assim como desencadear sentimento de culpa pela não valorização de possíveis queixas. Percebe-se que o surgimento de uma doença cardíaca geradora de incapacidades desestabiliza a unidade familiar, promovendo forças para aproximar os seus membros, bem como para emergir conflitos decorrentes de cobranças e desentendimentos entre eles.

Concomitante ao impacto causado pelo diagnóstico e as restrições que o familiar doente deverá observar, a família precisará manejar, ainda, com a necessidade do procedimento cirúrgico. Em casos que não há risco de complicações iminentes, o tratamento será conservador até que haja vaga disponível. Para as famílias, esta é outra etapa angustiante, uma vez que o familiar terá que aguardar em uma fila de espera. O tempo aguardando para a realização da cirurgia emerge, no período

transoperatório, como sendo um período bastante difícil, em que só se sentem aliviados quando são avisadas do dia em que a cirurgia foi marcada. A concretização deste procedimento representa a possibilidade de um novo recomeço, após a vivência de uma espera permeada por dores, mudanças, sofrimentos e incertezas.

“A espera pela cirurgia foi longa, foram três anos e meio. A gente estava desesperado! Essa espera foi pior do que agora na cirurgia! Agora a gente está mais tranquilo. A gente esperava todos os dias, sempre em função dessa cirurgia, vendo o sofrimento, as dores dele... Ele já não conseguia fazer mais nada. Tudo isso afetava muito a gente” (F7).

“A gente achava que ela não ia conseguir realizar essa cirurgia. Ela mesma falava: vou morrer e não vou conseguir fazer a cirurgia! Porque é pelo SUS, e a gente não tem condições financeiras para fazer particular” (F2).

O tempo de permanência na fila de espera para a realização da cirurgia cardíaca, quando prolongado, expõe à família e ao paciente a necessidade de conviver com a angústia da espera e a incerteza da sobrevivência até que o procedimento seja concretizado. Esse é um período de ansiedade e mais uma fonte de instabilidade para a família, pois ao conviver com as dúvidas quanto ao futuro e a impotência em relação a cirurgia, tem fortalecida sua condição de vulnerabilidade social.

As famílias têm ciência de que o contexto das filas de espera pelo SUS para a realização de cirurgia cardíaca é influenciada pelo quadro clínico das pessoas doentes. Pacientes que estão mais frágeis e debilitados, e que sofrem complicações graves advindas da doença realizam o procedimento de imediato, em virtude de não poderem aguardar. Por outro lado, os pacientes mais estáveis, muitas vezes,

permanecem por longos períodos aguardando pela cirurgia. Nesse contexto, o medo do agravamento da doença passa a ser outro fator com o qual precisarão conviver.

Diante da demora e das inseguranças geradas pela espera e pelo sofrimento percebido no familiar que aguarda pela cirurgia, algumas famílias utilizam de planos de saúde privados e/ou recursos financeiros próprios para realizar os exames necessários. Tais iniciativas são empreendidas no intuito de diminuir o tempo de espera pela cirurgia. Aqueles que não dispõem de condições financeiras, muitas vezes, aguardam um período de tempo maior.

“A gente vinha aqui e estava faltando 70 pessoas antes dele para realizar a cirurgia, dava uma tristeza. Eles disseram que se quisessem acelerar um pouquinho tinha que fazer o exame que faltava, porque aqui a máquina estava estragada. Minha irmã disse: deixa que eu pago! Teve um dia que a gente veio e tinha cinco, ainda, depois tinha três e, graças a Deus, chegou a hora dele, porque parecia que não ia chegar nunca” (F7).

“A gente pagou as consultas e o médico fez os primeiros exames das carótidas e o eletrocardiograma. Ele disse que era urgente fazer o cateterismo e a cirurgia. Pagamos para fazer o cateterismo. O médico deu o laudo, explicou tudo como tinha que ser e disse que deveríamos procurar um cardiologista o quanto antes, para fazer a cirurgia o mais rápido possível. Graças a Deus que nós corremos atrás e ele conseguiu se operar a tempo! A cirurgia foi pelo SUS” (F8).

Para a família que vivencia a incerteza acerca do futuro e da sobrevivência de um familiar com diagnóstico de doença cardíaca, a concretização do procedimento cirúrgico constitui-se em uma possibilidade de retornar a uma certa tranquilidade e de que a vida familiar poderá seguir o seu curso. No tempo em que, já internada, aguarda pela realização da cirurgia, lembrar o caminho percorrido, os desafios

enfrentados, as desorganizações e reorganizações que precisaram fazer, enquanto família, para chegar nesse momento, deixa transparecer sentimento de alívio e de êxito.

Discussão

Embora o adoecimento seja um evento que pode ser considerado normal ao longo do ciclo de vida, é consenso na literatura especializada que este fenômeno não afeta somente a pessoa que adocece, de algum modo e em algum momento, todos os integrantes da família serão afetados^{12,15,18}. Assim, a descoberta de uma doença cardíaca que acompanha a necessidade de uma cirurgia, acarreta em sentimentos de incertezas ao paciente e sua família, em especial quando essa ocorre inesperadamente. Estudo realizado com cuidadores de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico cardíaco corrobora com os achados desta investigação, ao afirmar que estes possuem baixo conhecimento sobre a doença, a indicação cirúrgica, bem como com relação ao procedimento que será realizado¹⁹.

Diante disso, os integrantes da família, assim como o familiar que recebeu o diagnóstico, precisarão de algum tempo para assimilar e compreender o que isso significa e as implicações para o futuro. Este aspecto evidencia que as informações prestadas pelos profissionais necessitam respeitar esse tempo mínimo, oportunizar espaço para que esses façam perguntas e esclareçam dúvidas que possam surgir com relação ao tratamento, aos cuidados e ao procedimento cirúrgico, além de prestar apoio durante todo esse percurso com o intuito de minimizar as repercussões decorrentes do adoecimento²⁰. Contudo, nem sempre há tempo para a assimilação e adaptação familiar devido à

necessidade de uma intervenção de emergência, o que, por vezes, acentua sentimentos de angústia, medo e incertezas frente à situação imprevista e desconhecida^{21,22}.

A indicação e o tempo de espera para a realização da cirurgia cardíaca, desencadeia momentos de incerteza do futuro, medo, angústia e estresse nas famílias, constituindo-se em um período crítico^{20,24} que, por vezes prolongado, é marcado por mudanças no modo de viver da família. Estudo²³ que objetivou compreender as relações familiares no percurso do cuidado a um familiar com doença crônica, revelou que os hábitos e a rotina da família que sofrem alterações, além de impactos na dimensão social, afetiva e financeira. Tais evidências vão ao encontro do exposto por participantes dessa pesquisa, que referiram a necessidade da filha residir com os pais como forma de facilitar o cuidado, o que exigiu adaptar a estrutura física da casa e gerou alterações na rotina, na renda familiar, bem como em aspectos relacionais e emocionais da família.

Nesse sentido, um estudo buscou compreender as necessidades e as expectativas vivenciadas no percurso da cirurgia cardíaca no período pré-operatório identificou que os usuários têm um caminho com inúmeras dificuldades, como a demora para realizar exames e consultas com especialista, fator que aumenta ainda mais o tempo de espera para o procedimento²⁰. A espera para a realização da cirurgia cardíaca foi de dias, meses e até mesmo anos, resultados que vão ao encontro da presente pesquisa.

Em se tratando de cirurgias eletivas, autores²⁴, apontam que o nó crítico da assistência cirúrgica constitui-se, hoje, em extensas filas de espera, uma vez que a demanda é maior do que a capacidade de

atendimento do serviço. O estudo demonstrou que na região sul do Brasil o tempo de espera é mais prolongado, com diferença significativa em relação às regiões centro-oeste, norte e nordeste. Essa característica pode estar associada ao número elevado de habitantes na região sul e sudeste, quando comparada às demais regiões²⁴.

A realização da cirurgia cardíaca é um processo complexo que envolve a necessidade de assistência qualificada, de uma equipe multiprofissional capacitada e orientada, embasada em evidências científicas, com o objetivo de direcionar a prática clínica, visando a integralidade e a qualificação do cuidado²⁵. Nessa perspectiva, a enfermagem desempenha papel fundamental na assistência prestada no perioperatório, proporcionando bem-estar físico e emocional do paciente e da sua unidade familiar, tendo em vista o misto de sentimentos que esse procedimento desencadeia. Sendo assim, incumbe aos profissionais de enfermagem conhecer a realidade de vida do paciente, da unidade familiar em que está inserido e do percurso terapêutico realizado para que haja o planejamento de cuidados e orientações, por meio de ações coesas desde a admissão até a alta hospitalar, almejando a mitigação de potenciais sentimentos negativos^{11,26,27,28}.

O estudo apresenta como limitação a realização da coleta de dados em um único serviço de atendimento público, o que pode restringir a generalização da experiência das famílias, tendo em vista que em outros cenários, as condutas frente ao adoecimento cardiovascular sejam diferentes. Contudo, os achados deste estudo servem de subsídios para a prática profissional de enfermagem ao explicitar a angústia vivida na experiência e indicar

a necessidade de acolher no período perioperatório, fornecer informações seguras e transmitir confiança para o paciente e sua família. Além disso, possibilita o desenvolvimento de investigações futuras acerca de possíveis estratégias e intervenções de enfermagem diante dessa temática.

Conclusão

A partir dos resultados deste estudo, é possível concluir que o diagnóstico da doença cardíaca associado à indicação cirúrgica em um órgão vital e simbólico como o coração, compreende uma experiência que não acomete somente o paciente, mas também a sua unidade familiar.

Para além disso, a família enfrenta uma trajetória, na maioria das vezes, longa, permeada por sentimentos de angústias, impotência e incertezas enquanto aguarda pela realização de cirurgia cardíaca. A limitação física que, com a evolução da doença, compromete as atividades da pessoa adoecida e provoca sintomas que causam desconforto e dor, torna-a dependente, muitas vezes, de seus familiares.

Com a necessidade de realização de cuidados específicos, a família sofre impactos de ordem social, afetiva e financeira. Com isso, promove mudanças no seu funcionamento e procura diferentes estratégias de enfrentamento para restabelecer o seu equilíbrio e organização.

Além disso, busca maneiras de chegar mais próximo da realização do procedimento cirúrgico, visando a diminuição da espera pela cirurgia. Ressalta-se que essa experiência desencadeia sofrimento e conflitos intrafamiliares, mas também promovem união e esforços coletivos para superar as dificuldades.

Conhecer a experiência da família frente a realização de cirurgia cardíaca em um de seus membros contribui para que os profissionais de enfermagem entendam as singularidades experienciadas por essas pessoas, a fim de favorecer a implementação de cuidados coerentes às necessidades que emergem em decorrência desse evento.

Ademais, viabiliza a prestação de uma assistência qualificada e integral, além de estabelecer formas de cuidado direcionadas às fragilidades e às potencialidades, não apenas do indivíduo assistido, como também da sua unidade familiar.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019. 2020. Disponível em: <<https://url.gratis/AEzTTg>>. Acesso em 06 mai 2021.
2. The Lancet Healthy Longevity. Care for ageing populations globally. The Lancet Healthy Longevity. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3zHTqEL>>. Acesso em 06 mai 2021.
3. Santos LKGG, Jesus SR. A hierarchical model to study the factors associated with hypertension: a population-based study in brazilian elderly. *Int J Health Sci.* 2021; 11(3):51-60.
4. Tavares J, Lovate T, Andrade I. Transição epidemiológica e causas externas de mortalidade na região sudeste do Brasil. *GOT.* 2018; 15(1):453-479.
5. Devaux M, Lerouge A, Ventelou B, Goryakin Y, Feigl A, Vuik S, et al. Assessing the potential outcomes of achieving the World Health Organization global non-communicable diseases targets for risk factors by 2025: is there also an economic dividend? *Public Health.* 2019; 169(2019):173-179.
6. Frez CS, Castro EEC. Experiências de cardiopatas submetidos à cirurgia cardíaca: um estudo exploratório. *Rev Abordagem Gestalt.* 2020; 26(3):279-291.
7. Ragozini CA, Almeida CP, Pereira JA, Barbosa LNF. A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. In: Ismael SMC, editor. *A prática psicológica e sua interface com as doenças.* São Paulo: Capasi. 2010.
8. Castro LV, Dias B, Assis CN, Reis CS, Donadoni G, Oliveira LI, et al. O impacto emocional da cirurgia cardíaca. *Rev Científica Fagoc Multidisciplinar.* 2019; 4(1):43-53.
9. Shoushi F, Janati Y, Mousavinasab N, Kamali M, Shafipour V. The impact of family support program on depression, anxiety, stress, and satisfaction in the family members of open-heart surgery patients. *J Nurs Midwifery Sci.* 2020; 7(2):69-77.
10. Karatas T, Bostanoglu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Pract.* 2017; (e12558):1-7.
11. Malheiros NS, Timóteo ACN, Silva MV, Pereira LS, Cerqueira LCN, Sampaio CEP. The benefits of nursing guidelines in the preoperative period of cardiac surgery. *Glob Acad Nurs.* 2021; 2(2):e140.
12. Girardon-Perlini NMO, Ângelo M. The experience of rural families in the face of cancer. *REBEn.* 2017; 70(3):550-557.
13. Silva JP, Crepaldi MA, Bousfield ABS. Representações sociais e doenças crônicas no contexto familiar: revisão Integrativa. *PSSA.* 2021; 13(2):125-40.
14. Polit DF, Beck C. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice.* 9ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2018.
15. Feetham SL, Meister SB, Bell JM, Gilliss CL. *The nursing of families: theory, research, education, practice.* 1ª ed. Califórnia: Sage Publications. 1993.
16. Resener EV. Relatório estatístico HUSM de 2019. Equipe do setor de estatística do HUSM. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3F7VtmK>>. Acesso em 20 jul 2021.
17. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2015.
18. Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention.* 6ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2012.

19. Milani P, Lanferdini IZ, Alves VB. Caregivers' perception when facing the care humanization in the immediate postoperative period from a cardiac surgery procedure. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(3):810-816.
20. Knihs NS, Valmorbida AP, Lanzoni GMM, Roza BA, Ghellere A. Path taken to heart surgery: needs and expectations in preoperative preparation. *Av Enferm*. 2017; 35(1):30-41.
21. Altinbas Y, Van Giersbergen MY. Experiences of patients who had undergone coronary artery bypass graft surgery with strengths-based nursing care. *Marmara Medical Journal*. 2021; 34(1):57-65.
22. Ribeiro KRA, Silva E. Preoperative anxiety before heart surgery: how can nursing ACT? *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2018; 28(1):95-100.
23. Maschio G, Silva AM, Celich KLS, Silva TG, Souza SS, Filho CCS. The family relationships when dealing with a chronic disease: the family caregiver viewpoint. *Rev Fund Care Online*. 2019; 11(n. esp.):470-474.
24. Tostes MFP, Covre ER, Fernandes CAM. Access to surgical assistance: challenges and perspectives. *Rev Latino Am. Enferm*. 2016; 24(e2677): 1-7.
25. Gomes ET, Oliveira RC, Bezerra SMMS. Being-patient-waiting-for-cardiac-surgery: the preoperative period under the Heideggerian perspective. *REBEn*. 2018; 71(5):2535-2540.
26. Oliveira JC. Cirurgia cardíaca e qualidade da assistência de enfermagem. Ariquemes: FAEMA. 2020.
27. Erwin E, Nurachmch E, Herawati T. Nursing consultation practice for psychosocial problems on heart failure patients in hospital-based outpatient clinic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2021; 10(1):1-2.
28. Freitas MAS, Silva WQ, Mozoni LPR, Almeida FS, Polido CG, Soi EA. The importance of systematization of nursing care to the surgical patient. *BJD*. 2021; 7(7):65654-65668.