

Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca

Quality of life among patients in postoperative of cardiac surgery

Júlia Ferreira Pimentel¹
Cynthia Seelig Botelho Ferreira²
Patricia Pereira Ruschel³
Rita de Cássia Petrarca Teixeira⁴

Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares podem diminuir a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por elas, pois podem causar um comprometimento importante tanto na saúde física do sujeito como na saúde mental. Isso porque a doença cardíaca pode gerar alterações na capacidade física, mental e perceptiva dos indivíduos, reduzindo assim sua qualidade de vida em geral. **Objetivo:** Discutir se há ou não melhora na qualidade de vida do paciente após realização de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio. **Metodologia:** A pesquisa teve como método a revisão bibliográfica. Foram pesquisados artigos sobre os temas qualidade de vida e cirurgia de revascularização do miocárdio. Foram utilizadas as bases de dados: Scielo, Pubmed, Lilacs e Google Acadêmico. **Resultados:** Ainda não há um consenso na literatura se a qualidade de vida destes pacientes aumenta após a realização cirúrgica, pois isto depende de muitos fatores, como por exemplo, praticar atividade física. **Conclusão:** Reforçam-se estudos nesta área para que se obtenham dados mais consistentes a respeito da qualidade de vida após a realização cirúrgica. Além disto, sugerem-se mais estudos sobre qualidade de vida e cirurgia cardíaca na área da psicologia, já que este é um tema de bastante interesse em áreas como enfermagem, mas ainda pouco contemplado na psicologia.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca; qualidade de vida; psicologia hospitalar.

¹ Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia. Email: juliapimentel_@hotmail.com

² Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia. Email: cynthia.seelig@uol.com.br

³ Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia. Email: patriciapruschel@gmail.com

⁴ Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia. Email: rita.petrarca@puccs.br

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases can reduce the quality of life of individuals affected by them, it happens because they can cause significant impairment in both physical and mental health of the subject. Heart disease can cause changes in the physical, mental and perceptual ability of individuals, thus reducing their quality of life in general. **Objective:** To discuss if there is an improvement or not in quality of life of patients after cardiac surgery. **Methodology:** The study was a literature review method. Articles with topics about quality of life and coronary artery bypass surgery were studied on SciELO , PubMed , Lilacs and Google Scholar databases. **Results:** They still don't have a consensus in the literature and studies to prove if the quality of life of these patients increases postsurgery, as this depends on many factors, such as physical activity. **Conclusion:** We strongly recommend studies in this area to obtain more consistent data on quality of life after surgical achievement. In addition, we suggest more studies about quality of life and cardiac surgery in the area of psychology, since most studies were made by nurses and it's just a little contemplated in psychology.

Keywords: Cardiac surgery, Quality of life, Hospital psychology.

Introdução

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma experiência de estágio no Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia do RS (IC-FUC) no período de agosto de 2012 a julho de 2013. O interesse em estudar este tema surgiu através do trabalho realizado com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (pré-operatórios) e com os pacientes que já haviam executado o procedimento cirúrgico (pós-operatórios).

O acompanhamento psicológico a este tipo de pacientes, neste hospital, funciona individualmente ou através de grupos. O atendimento individual ocorre na forma de psicoterapia breve focal, com ênfase no procedimento cirúrgico, além de serem trabalhados sentimentos advindos da situação cirúrgica. Os familiares também podem ser acompanhados. O atendimento através de grupos ocorre duas vezes por semana no hospital e é coordenado por uma equipe multidisciplinar.

A maior parte dos pacientes desta instituição são acompanhados pela psicologia nos períodos pré e pós-operatório imediato, não recebendo um acompanhamento psicológico a longo prazo, após a realização da cirurgia cardíaca.

As doenças cardiovasculares podem diminuir a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por elas, pois causam um comprometimento físico e a

deterioração na função cardíaca. Além disso, o coração é considerado um órgão fundamental para a manutenção da vida, e com a doença cardíaca, a saúde física e psíquica do paciente estão mais frágeis e vulneráveis, influenciando também na sua qualidade de vida (Christmann, Costa & Moussalle, 2011).

A doença arterial coronariana é uma das principais causas de morte súbita, em especial, o infarto agudo do miocárdio. Atualmente, a doença arterial coronariana é a segunda causa de morte cardiovascular no Brasil, e nos últimos anos esta doença vem aumentando a sua incidência em ambos os sexos (Lessa, 2003).

A cirurgia de revascularização do miocárdio pode ser um método eficaz no tratamento dos sintomas da doença arterial coronariana (DAC), para a prevenção do infarto do miocárdio e da morte cardíaca. Além disso, esse tratamento proporciona melhor qualidade de vida aos pacientes quando comparado com aqueles que se submetem a outras formas de tratamento (Nogueira et al., 2008).

Por outro lado, a cirurgia cardíaca é um procedimento considerado de alto risco e relacionado a sérias complicações pós-operatórias. Por este motivo, faz-se necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar, visando aumentar a sobrevida e a qualidade de vida destes pacientes. (Santana et al., 2013).

Este artigo tem o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os temas qualidade de vida e cirurgia de revascularização do miocárdio, visando assim auxiliar o paciente coronariano a buscar uma melhor qualidade de vida após a realização cirúrgica.

Método

O presente estudo pretende discutir, através de uma revisão bibliográfica, se há ou não melhora na qualidade de vida dos pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio. A coleta de dados foi realizada através da busca de artigos nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, PubMed e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram: cirurgia cardíaca, qualidade de vida e psicologia hospitalar. Ao final desta pesquisa, foram encontrados 45 artigos, e deste total, 14 foram selecionados. O critério para seleção e escolha dos

artigos foi feito através da leitura do resumo de cada artigo e de acordo com a contribuição de cada um deles para o presente estudo. A pesquisa também foi realizada em trabalhos acadêmicos. Foram encontrados 16 trabalhos acadêmicos relacionados ao assunto, mas somente 1 foi selecionado. O critério de seleção foi o mesmo que o utilizado para os artigos, ou seja, através da leitura de resumos e de acordo com a ligação que estes tinham com a proposta deste artigo. Por fim, a coleta de dados também foi realizada em livros, onde o critério de seleção foi feito de acordo com o ano, ou seja, quanto mais atual melhor, e também de acordo com a conexão que o conteúdo de cada livro tinha com a proposta do presente artigo. Foram encontrados 10 livros, dos quais 3 tinham relação com o tema estudado.

A maior parte do material selecionado para este artigo foi encontrada em artigos. A bibliografia consultada foi entre os anos de 1999 e 2013, todos em idioma português. A maior quantidade de artigos relacionados ao tema deste estudo foi encontrada nas áreas da enfermagem e da fisioterapia. Através desta pesquisa, pôde-se notar a escassez de pesquisas relacionadas aos temas qualidade de vida e cirurgia cardíaca na área da psicologia, o que reforça a importância desta pesquisa.

Qualidade de vida e Doença Arterial Coronariana

A expressão qualidade de vida aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico e diz respeito com o grau de satisfação com a vida em múltiplos aspectos que a integram, como moradia, transporte, alimentação, realização profissional, segurança financeira, entre outros (Benetti, Nahas, Vecchio, Lemos & Carvalho, 2001).

A qualidade de vida tem sido foco de estudos em pacientes com doença arterial coronariana (DAC) que se submetem a diferentes tipos de tratamento, entre eles a cirurgia de revascularização do miocárdio (RM). Estes estudos vêm sendo cada vez mais freqüentes, pois a doença arterial coronariana, como toda doença crônica, é multidimensional e afeta todos os aspectos da vida pessoal e familiar do paciente coronariano (Nogueira et al. , 2008).

Tem sido crescente também o número de instrumentos e escalas utilizados para avaliar qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia de revascularização do miocárdio (Silva, Linhares, Dias & Silva, 2012).

Autores concordam que em relação aos pacientes coronarianos, após a ocorrência do infarto, a vida dificilmente se tornará a mesma para estes pacientes, e muitas vezes o adoecimento pode levar este sujeito a ter depressão e danos na sua qualidade de vida (Benetti et al., 2001; Favarato, Favarato, Hueb & Aldrighi, 2006).

Em um estudo sobre cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, foi aplicado o instrumento SF-36 para avaliar qualidade de vida, e foi observada uma melhora após a realização da cirurgia nos componentes físico e mental destes pacientes, embora se tenha notado uma diferença entre gêneros na recuperação da cirurgia. Através deste estudo, percebeu-se uma diferença na qualidade de vida entre homens e mulheres, sendo que as mulheres necessitavam de um maior tempo de permanência na UTI, de mais cuidados pós-operatórios, de maior tempo de respiração mecânica e de permanência no hospital, além de apresentar piora na capacidade cognitiva, embora ambos os gêneros tenham demonstrado melhorias na qualidade de vida após a realização da cirurgia (Nogueira et al., 2008).

Outro estudo também apontou uma melhor qualidade de vida nos homens após a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio, tendo os homens melhores resultados na escala SF-36 em todas as dimensões avaliadas quando comparados às mulheres. Talvez o que corrobore estes resultados seja o fato de que já na avaliação inicial, as mulheres demonstraram um maior prejuízo se comparado aos homens na capacidade funcional, em aspectos emocionais, sociais, de saúde mental e em vitalidade (Favarato et al., 2006).

O indivíduo, diante de eventos difíceis e estressantes que não consegue elaborar, está sujeito a uma quebra no sistema existencial, fazendo com que ele se sinta desvalorizado, perca sua autoestima e esteja mais suscetível ao infarto. Nestas circunstâncias, estará sujeito à doença se também for organicamente predisposto ou quando estiver predisposto a fatores de risco (Ruschel, 1999).

Gagliani e Luz (2010) trazem que o estresse, a competitividade e o consumismo no mundo contemporâneo são características que fazem esta época

ser conhecida como a “era do estresse”. Esta era é então considerada responsável por gerar problemas emocionais e também por afetar a qualidade de vida das pessoas, principalmente dos trabalhadores, que estão frequentemente expostos a situações geradoras de estresse, e, portanto, mais suscetíveis ao infarto agudo do miocárdio.

Cabe então, aos profissionais da saúde, realizar um tratamento individualizado e multidisciplinar com o paciente coronariano, focando não apenas na doença do indivíduo, mas também na sua qualidade e estilo de vida. Reforça-se a importância deste trabalho por parte da equipe, pois as doenças cardiovasculares inevitavelmente acarretaram alterações na capacidade física, mental e perceptiva dos indivíduos, reduzindo sua qualidade de vida em geral (Christmann et al., 2011).

Cirurgia de Revascularização do Miocárdio e Fatores de risco para Doença Arterial Coronariana

A cirurgia de revascularização miocárdica é uma das mais frequentes realizadas em todo o mundo, e nas últimas três décadas, sofreu diversos avanços tecnológicos e técnicos (Lima et al., 2004).

Dados epidemiológicos apontam que as doenças cardiovasculares são as que causam o maior número de mortalidade e morbidade. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31% das mortes por causas conhecidas e, nesse conjunto, o infarto agudo no miocárdio vem preocupando a sociedade e as autoridades de saúde pública por sua alta taxa de mortalidade e pelo alto número de internações em todo país. (Bastos, Beccaria, Contrin & Cesarino, 2012).

Os objetivos do tratamento cirúrgico da doença coronariana são aliviar os sintomas da doença, proteger o miocárdio, prevenir o infarto, além de recuperar o paciente a nível físico, psíquico e social, podendo também melhorar sua qualidade de vida (Lima et al., 2004)

A cirurgia de revascularização do miocárdio iniciou por volta de 1960. A finalidade desta operação é de revascularizar o músculo cardíaco, chamado de miocárdio, criando uma nova rota que contorna a área bloqueada da artéria coronária doente. Esta cirurgia cria um novo percurso para o fluxo sanguíneo, e uma

vez que o volume a pressão do sangue são restaurados pelo procedimento cirúrgico, aliviam-se sintomas das doenças cardíacas, como dispnéia e angina (Santana, 2008).

A veia safena é o material mais comum utilizado para a construção desse novo percurso, chamado popularmente de ponte de safena. A artéria mamária interna esquerda também pode ser utilizada, e ambos os enxertos cumprem a função de fornecer ao músculo cardíaco o suprimento de sangue necessário (Santana, 2008).

Os fatores de risco para a doença arterial coronariana são os traços, hábitos e anormalidades associadas a um aumento da probabilidade e suscetibilidade do indivíduo ter a doença coronária e, em especial, para o aparecimento precoce da doença. Destes fatores de risco, alguns são genéticos, não sendo, portanto, possíveis de serem modificados. Porém, há os fatores de risco que são resultado do meio ambiente ou da maneira do indivíduo viver, como maus hábitos alimentares, tabagismo, sedentarismo, e que podem ser modificados. Há também os fatores de risco chamados híbridos – que são a mistura de genética com os hábitos de vida individuais (Santana, 2008).

Uma das abordagens preventivas da DAC é controlando estes fatores de risco, causar uma diminuição nos sintomas da mesma. Deve-se também incentivar a prática do autocuidado com estes pacientes, procurando fazer alterações no estilo de vida e nos hábitos pessoais, favorecendo assim a manutenção da saúde por um tempo mais prolongado. Os fatores de risco atuam em conjunto, e quanto maior a quantidade presente, maior será a probabilidade de desencadear a doença coronariana (Lima, Araújo, Silva, Monteiro & Oliveira, 2012).

Lima et al. (2012) e Ongaro (1994) possuem opiniões e dados de pesquisa diferentes, pois enquanto o primeiro traz que a doença arterial coronariana tem mostrado maior incidência sobre os homens e idosos, devendo este público receber uma atenção especial, Ongaro (1994) traz que a doença avança rapidamente sobre as mulheres e que elas têm recebido pouca atenção no que se refere aos riscos e aos efeitos da doença coronariana.

Apesar do surgimento da DAC estar intimamente relacionado aos fatores de risco constitucionais, a prevenção pode ser obtida por meio da eliminação ou do controle dos fatores de risco ambientais, como o sedentarismo, a obesidade, o consumo de alimentos gordurosos e adotando estilo de vida saudável, que, por sua vez, inclui a prática regular de exercício físico, o controle do peso, a alimentação saudável, o consumo moderado de álcool, a abolição do hábito do tabagismo e o gerenciamento do estresse (Santana, 2008).

O Paciente Coronariano e seus Dinamismos Psíquicos

A relação entre condições emocionais adversas e a precipitação do infarto e da morte cardíaca súbita já se encontra bem estabelecida. São frequentes situações nas quais conflitos emocionais enfraquecem a resistência interna dos indivíduos, gerando condições que levam à doença orgânica. O paciente coronariano apresenta fatores internos e externos geradores de estresse e que são muitas vezes desencadeantes desta doença (Ruschel, 1999).

Após o infarto, ansiedade e depressão têm sido os estados emocionais mais observados. Isso pode ser explicado, pois o primeiro infarto assinala a entrada em uma doença, grave por definição, e coloca em jogo a eventualidade de uma morte súbita. Quando o infarto ocorre, o equilíbrio psicológico do indivíduo passa a ser ameaçado pela angústia de morte, uma angústia real, não apenas imaginária (Ongaro, 1994).

Há fatores sociais também importantes e que podem contribuir para o risco coronariano, como mudança de residência, de profissão, de cidade, alterações na situação econômica, religião, enfim, estas são algumas das situações que exigem enfrentamento e uma necessidade de elaborar comportamentos que diferem das respostas habituais. Acredita-se que fatores como estes, unidos a fatores de predisposição tendem a aumentar o estresse do paciente já predisposto a DAC (Ruschel, 1999).

A incidência da doença coronariana tem sido atribuída ao estresse gerado pelo aumento da competição, mas é preciso captar a significação simbólica de cada situação para o paciente, pois cada acontecimento é vivenciado a nível individual e

depende da personalidade da pessoa o modo como ela será enfrentada (Ongaro, 1994).

Dados também sugerem que a aterosclerose acomete mais pacientes com personalidade do tipo A, ou seja, pessoas que se caracterizam por ter uma conduta mais agressiva, competitiva, obsessiva em relação ao tempo que passa e hostil. Apesar destes traços, os coronarianos também são pessoas organizadas, autocontroladas, comprometidos com o trabalho e muitas vezes incapazes de descansar (Ruschel, 1999).

Uma das características desta estrutura de personalidade é o pensamento operatório, pois sua maneira de pensar adere à realidade concreta e à atualidade, sem utilizar a imaginação. É um paciente que parece estar socialmente bem adaptado, mas na realidade tem uma carga afetiva aumentada, que é muitas vezes transferida para a esfera somática (Ruschel, 1999).

Em um estudo realizado, houve certa uniformidade nas respostas, indicando que os indivíduos com doença coronariana orientavam-se por meio de princípios rígidos, controlavam a expressão da agressividade e apresentavam certo grau de conformidade social, não expressando hostilidade quando frustrados. Com as descargas emocionais inibidas, a referência constante era “tudo vai bem” mesmo quando a situação se revelasse conflitiva, ou seja, havia emoções que não eram verbalizadas (Ongaro, 1994).

Fantasia pobre, repressão de afetos, depressão que segue uma perda e dificuldade em verbalizar emoções tem sido as características dos pacientes coronarianos observadas por alguns autores. Enfim, são pacientes que necessitam de uma descarga mais ativa para as suas emoções (Ongaro, 1994).

Muitos pacientes, após o infarto, negam a ocorrência do mesmo. A negação é um mecanismo de defesa destinado a evacuar da consciência uma realidade muito dolorosa ou muito difícil de ser elaborada. Este mecanismo defensivo é suscitado pelo acontecimento inesperado e diminui na medida em que diminui também a angústia (Ongaro, 1994).

A negação também pode ser vista na própria relação médico-paciente, quando o médico não incentiva o relato dos sentimentos, realizando anamneses

fechadas e que não favorecem a fala espontânea do paciente. O médico muitas vezes mostra-se mais preocupado em aliviar a dor no peito do paciente do que o sono, apetite, vida sexual e a autodepreciação. O médico deveria valorizar as referências sobre ansiedade, medo e depressão ao invés de reagir dizendo “não se preocupe”, pois assim estaria mostrando aceitação dos sentimentos e legitimando-os como importantes (Ongaro, 1994).

Entre as intervenções que visam à readaptação deste paciente, está o acompanhamento psicológico do coronariano neste período dominado por insegurança, objetivando desdramatizar a doença e fornecer a retomada de investimentos anteriores e melhorar a qualidade de vida (Ongaro, 1994).

Também se sugere um trabalho multidisciplinar, e para pacientes com risco para eventos cardiovasculares e que estão sob estresse aumentado, um programa de administração da tensão pode ser considerado como parte de uma estratégia global e preventiva (Ruschel, 1999).

É importante incentivar a prática do auto-cuidado com estes pacientes, procurando fazer alterações no estilo de vida e nos hábitos pessoais, favorecendo assim a manutenção da saúde por um tempo mais prolongado e a prevenção da doença arterial coronariana (Lima et al., 2012).

Técnicas de relaxamento também podem ser utilizadas, visando à abertura da vida imaginativa do paciente, negligenciada por ele até o momento atual. Estas técnicas ensinam os doentes tensos a reconhecerem suas necessidades corporais e conhecerem melhor os efeitos físicos das emoções (Ongaro, 1994).

Enfim, fatores psicológicos e sociais representam um conjunto de variáveis causais responsáveis, que interagem de maneira complexa com fatores biológicos e químicos na etiologia da doença arterial coronariana (Ruschel, 1999).

Reabilitação cirúrgica e Qualidade de Vida

Há alguns anos atrás, os pacientes acometidos por infarto apresentavam grande perda da capacidade funcional, mesmo sendo submetidos ao tratamento da época, acabavam tendo que ficar cerca de sessenta dias no leito se recuperando.

Na ocasião da alta hospitalar, os pacientes encontravam-se fisicamente mal condicionados, sem condições para retornar às suas atividades familiares, sociais e profissionais (Moraes et al., 2005).

Neste contexto é que surgiram os programas de reabilitação cardíaca, desenvolvidos com o propósito de trazer esses pacientes de volta às suas atividades diárias habituais, com ênfase na prática do exercício físico, acompanhada por ações educacionais voltadas para mudanças no estilo de vida (Moraes et al., 2005).

A reabilitação cardíaca é o processo de desenvolvimento e manutenção de um nível desejável das condições físicas, mentais e sociais, assegurando o retorno do paciente a uma vida ativa e produtiva da melhor maneira possível. É o processo de restauração das capacidades vitais e da capacidade funcional do coração daqueles indivíduos que já apresentaram manifestações prévias de coronariopatias. Na reabilitação, o paciente busca retornar ao que ele considera níveis bons do ponto de vista físico, mental e social (Gonçalves, Marinho, Maciel, Galindo & Dornelas, 2006).

Atualmente, as novas técnicas terapêuticas permitem que a maioria dos pacientes tenha alta hospitalar precocemente após a cirurgia, sem perder a capacidade funcional e visando que eles busquem o quanto antes uma melhor qualidade de vida. (Moraes et al., 2005).

De acordo com uma pesquisa (Santana et al., 2013), um dos principais fatores a serem avaliados no pós-operatório de cirurgia cardíaca é o impacto desta na qualidade de vida do paciente. Neste estudo, houve uma comparação entre dois grupos de pacientes: 1- Pós-operatórios que participavam do programa de reabilitação ou que faziam alguma atividade física regularmente, e 2- Pacientes que não participaram do programa de reabilitação e não faziam atividade física. Como resultados, a pesquisa mostra que após a realização da cirurgia, houve piora na qualidade de vida dos pacientes pós-operatórios que não participaram do programa de reabilitação ou que não faziam atividade física, enquanto que os que participavam do programa e faziam atividade física, houve melhora.

A qualidade de vida está diretamente relacionada com a recuperação depois da cirurgia cardíaca, em especial à dimensão física. O indicador de uma baixa

qualidade de vida após a cirurgia prediz uma recuperação deficiente do estado funcional, ainda no período hospitalar (Borges, Ferreira, Carvalho, Martins, Andrade & Silva, 2006).

A doença cardíaca e seu tratamento cirúrgico podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente e exige condições de reorganização nem sempre dispostas e efetivas, acarretando alterações na autoimagem do paciente, medo quanto ao futuro e temor da dependência (Nobre et al., 2011).

Em 2001, foi realizada uma pesquisa com pacientes homens que haviam se submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio. O objetivo desta pesquisa era investigar como seria o retorno destes pacientes às atividades laboral e sexual nos seis primeiros meses após a cirurgia (Dantas, Aguillar & Barbeira, 2001).

Os resultados da pesquisa mostraram que 53% desta amostra não retornaram ao trabalho após a realização da cirurgia. Além disso, em relação à atividade sexual, houve uma tendência na população estudada de mudar sua atitude em relação às atividades sexuais, não retornando as mesmas após a realização cirúrgica (Dantas et al., 2001).

Por outro lado, em outro estudo, a avaliação que os pacientes de ambos os sexos fizeram a respeito das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho assinalou que, com o decorrer do primeiro ano após o procedimento, estas diminuiriam (Favarato et al., 2006).

Esse fato justificar-se-ia pela melhora da capacidade funcional e dos aspectos físicos decorrentes dos procedimentos. A coronariopatia exerce fortes impactos físicos, emocionais e sociais, comprometendo de forma importante a qualidade de vida dos pacientes, porém, após a realização de procedimentos terapêuticos, além da melhora física e emocional, há possibilidade do paciente elaborar a situação vivida e adaptar-se a possíveis limites e alterações no seu estilo de vida. (Favarato et al., 2006).

Embora ainda não se tenha um consenso na literatura sobre se há aumento na qualidade de vida do paciente ou não após a cirurgia, a maior parte dos estudos mostra que houve melhora na qualidade de vida do indivíduo após o procedimento

cirúrgico, e há inclusive pesquisas que comparam a cirurgia com outros métodos de tratamento para a doença, mas que o procedimento cirúrgico se mostrou mais efetivo e que proporcionava mais qualidade de vida em um período prolongado (Sampaio et al., 2013).

A cirurgia é vista pelo paciente como uma fonte de melhora na sua identidade, e pode proporcionar aos pacientes uma nova vida. Assim, percebe-se que o coração simboliza muito mais do que um simples órgão vital, é algo que os pacientes consideram como o motor ou o núcleo da vida. Ao passar por um procedimento, o mesmo é visto como uma forma de revitalização deste núcleo, e é como se outra etapa da vida começasse (Remonato, Coutinho & Souza, 2012).

O desejo de mudança da vida cotidiana e a instituição de novos hábitos de vida são consequências do procedimento cirúrgico e deste “novo” coração. Neste estudo, a família também foi considerada como algo importante na recuperação do paciente (Remonato et al., 2012).

Em outra pesquisa, embora os pacientes, no momento da alta hospitalar, se sentissem limitados fisicamente, eles estavam emocionalmente mais confiantes, e passados dois meses pós-operatórios, as limitações físicas e emocionais eram menores que no período anterior à internação hospitalar. Neste estudo os pacientes referiram ter melhorado os aspectos físicos e emocionais após dois meses de alta hospitalar, tendo uma melhora significativa na saúde em geral, vitalidade, socialização e funcionamento do organismo (Gonçalves et al., 2006).

Acredita-se que a revascularização do miocárdio, quando realizada dentro de condições ideais, garante melhora nos sintomas decorrentes da doença cardiovascular, aumentando a sobrevida do paciente e propiciando um ganho na qualidade de vida destes indivíduos (Dal Boni, Martinez & Silva, 2013).

O sucesso do tratamento cirúrgico pode ser interpretado como um impacto positivo na vida do paciente. Isto ocorre pois anteriormente ao tratamento cirúrgico, o paciente sofre pelo medo constante da morte e pela mudança de hábitos necessárias para prevenção da doença. Com a RM observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas, além de alterações emocionais (Dal Boni et al., 2013).

Através do levantamento dos estudos e da análise das pesquisas, foi possível pensar que a reabilitação cirúrgica faz parte do processo do tratamento para doenças cardíacas, e que esta é uma prática que está diretamente ligada a um aumento na qualidade de vida do paciente nos períodos pós-cirúrgico imediato e a longo prazo, auxiliando com que o mesmo retorne às suas atividades cotidianas mais rapidamente e retome sua vida anterior à doença.

Considerações finais

A doença arterial coronariana é multidimensional, afetando aspectos da vida pessoal, profissional e familiar dos pacientes acometidos por ela e reduzindo, assim, sua qualidade de vida. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes coronarianos parece ser um dos principais objetivos da realização da cirurgia de revascularização do miocárdio, além do tratamento da doença.

Embora a maior parte das pesquisas traga como resultados uma melhora na qualidade e vida do paciente, ainda não há um consenso na literatura se há um aumento na qualidade de vida após realização cirúrgica ou não. Algumas pesquisas apontam que houve melhora na qualidade de vida destes pacientes, e outras trazem que após a realização da cirurgia há uma diminuição na atividade sexual e laboral destes pacientes, afetando assim, sua qualidade de vida.

A recuperação do indivíduo e a sua qualidade de vida após a cirurgia podem depender também de outros fatores, como traços de personalidade do indivíduo que se submete à cirurgia, mudança de hábitos como tabagismo, a prática de atividade física e a participação em programas de reabilitação.

Além das mudanças nos hábitos de vida, as pesquisas trazem como importante um espaço no qual o paciente possa externalizar e expressar a agressividade, a competição, o autocontrole e o estresse, como, por exemplo, em uma psicoterapia, para que estes fatores não acabem se manifestando no corpo, na forma de infarto.

O período de reabilitação cardíaca é de fundamental importância para que o indivíduo retome suas atividades como retorno ao trabalho, atividades de lazer, vida

sexual, e adote uma atitude de independência mesmo após realizar a cirurgia. Cabe ao psicólogo participar destes programas incentivando o paciente a retomar estas atividades sem medo, sempre dentro de suas limitações.

Os demais profissionais da saúde também podem auxiliar estes pacientes, orientando em relação ao autocuidado, a alimentação saudável, a mudança de hábitos de vida, a prática de exercícios físicos, a evitar o tabagismo, o álcool e as gorduras em excesso. Realizando estas orientações, os profissionais estarão incentivando o paciente a prevenir da doença arterial coronariana e um possível infarto. Cabe também a estes profissionais escutar mais os seus pacientes e sair da negação na relação médico-paciente, podendo assim, perceber que eles precisam de ajuda para lidar com a doença, com indicação cirúrgica e com todos os aspectos emocionais, sociais e físicos envolvidos em uma cirurgia cardíaca.

O interesse dos profissionais da saúde pelo tema qualidade de vida de pacientes pós-operatórios mostra o quão multidisciplinar este tema pode ser. O aprofundamento de estudos nesta área faz com que os profissionais adotem novas técnicas, terapêuticas e novos cuidados referentes ao processo de adoecimento e tratamento dos pacientes, o que poderá acarretar em um atendimento mais humanizado, interdisciplinar e acolhedor para o paciente no qual é assistido.

Referências

- Bastos, A.S., Beccaria, L.M., Contrin, L.M. & Cesarino, C.B. (2012). Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 27 (3), 411-418.
- Benetti, M., Nahas, M.V., Vecchio, F.P., Lemos, L.S., & Carvalho, T. (2001). Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos a diferentes tipos de tratamentos. *Atividade física e saúde*, 6 (3), 27-33.
- Christmann, M., Costa, C.C., & Moussalle, L. D. (2011). Avaliação da qualidade de vida em pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Revista da AMRIGS*, 55 (3), 239-243.
- Dal Boni, A. L. M., Martinez, J. E., & da Silva Saccomann, I. C. R. (2013). Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. *Acta Paul Enferm*, 26(6), 575-80.

- Dantas, R. A. S., Aguillar, O. M., & Barbeira, C. B. S. (2001). Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4), 26-31.
- Favarato, M. E. C. S., Favarato, D., Hueb, W. A. & Aldrighi, J.M. (2006). Qualidade de vida em portadores da doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52_(4), 236-241.
- Gagliani, M.L. & Luz, P.L. (2010). Doença Arterial Coronariana em Executivos. Em Gagliani, M.L., & Ribeiro, A. L. A. *Psicologia e cardiologia: um desafio que deu certo.*(pp.78-85). São Paulo: Editora Atheneu, 2010.
- Gonçalves, F.D.P., Marinho P.E.M., Maciel, M.A., Galindo, V.C.F., & Dornelas, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (1), 121-126.
- Lessa, I. (2003). Assistência médica e óbitos por Doença Arterial Coronariana no Brasil, 1980-1999. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 81 (4), 329-335.
- Lima, F. E. T, Araújo, T. L., Silva, L. F., Monteiro, A.R.M., & Oliveira, S.K.P. (2012). Fatores de risco para doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*, 13 (4), 853-860.
- Lima, R.C., Kubrusly, L. F., Nery, A.C.S., Pinheiro, B.B., Brick, A.V., De Souza, D.S.R., Braile, D.M., Buffolo, E., Lucchese, F.A., Silva, F.P.V., Branco, J.N., Filho, J.G.L., Mendonça, J.T., Neto, J.W., Guimarães, J.A.N., Maranhão, M.V.M., Leite, M.S.D., Costa, M.G., Deininger, M.O., Arruda, M.B, Filho, M.A., Escobar, M.A.S., Ribeiro, N.A.M., Brofman, P.S., Salerno, P.R, & Montenegro, S.T. (2004). Diretrizes de Cirurgia Revascularização Miocárdica Valvopatias e Doenças da Aorta. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82 (5), 01-20.
- Moraes, R.S, Nóbrega, A.C.L, Castro, R.R.T., Negrão, C.E., Stein, R., Serra, S.M., Teixeira, J.A.C, Carvalho, T., Araújo, C.G.S., Alves, M.J.N.N., & Guimarães, J.I. (2005). Diretriz de Reabilitação Cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84 (5), 431-440.
- Nogueira, C., Hueb, W., Takiuti, M., Girardi, P., Nakano, T., Fernandes, F., Paulitsch, F., Góis, A., Lopes, N., & Stolf, N. (2008). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91 (4), 238-244.
- Ongaro, S. (1994). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. Em B. W. Romano. *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp. 93-107). São Paulo: Pioneira.
- Remonato, A., Coutinho, A. O. R., & De Souza, E. N. (2012). Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós alta hospitalar: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem de UFSM*, 2 (1), 39-48.
- Ruschel, P. (1999). Fatores psicossociais na aterosclerose. Em Castro, I. *Cardiologia: princípios e prática*. (pp.235-237). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sampaio, J. K. V. R., de Figueiredo Neto, J. A., Queiroz, L. L. C., de Sousa, R. M. L., Reis, L. M. C. B., & Silva, F. D. M. A. M. (2013). Impacto na Qualidade de Vida

Pós-angioplastia Coronariana ou Revascularização do Miocárdio. *Rev Bras Cardiol*, 26(5), 337-46.

Santana, C.A.A. (2008). *Cirurgia de revascularização do miocárdio: Mudanças vividas pelos pacientes e sua opinião sobre o papel do fisioterapeuta na reabilitação cardíaca*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, Minas Gerais.

Santana, G. R., dos Passos, J. F., Oliveira, G. U., Santana-Filho, V. J., de Araújo Filho, A. A., da Silva Junior, W. M., ... & de Cerqueira-Neto, M. L. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca no Estado de Sergipe. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT*, 1(3), 113-124.

Silva, L. D. C, Linhares, N. S., Dias, R. S., & Silva, E. L. (2012). Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca: revisão sistemática. *Journal of Management of Primary Health Care*, 3 (2), 96-101.