

CIRURGIA CARDÍACA: MANIFESTAÇÕES PSICOLÓGICAS DO PACIENTE NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Jacqueline Feltrin Quintana¹, Renato A. Karan Kalil²

RESUMO

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática com o propósito de investigar as manifestações emocionais em pacientes que vivenciaram o pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram revisados 120 artigos, pesquisados nas bases de dados eletrônicos MEDLINE e LILACS, nacionais e internacionais, realizados entre os anos de 1985 a 2009. Com o objetivo de conhecer estudos sobre as manifestações emocionais dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no pré e pós-operatório. Dentre os artigos encontrados, foram selecionados 13 resumos que estavam de acordo com os preditores selecionados. O total da amostra foram 866 pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca e que apresentaram manifestações emocionais como ansiedade, depressão, medo e transtorno de estresse pós-traumático.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca, Ansiedade, Depressão, Medo, Estresse pós-traumático.

HEART SURGERY: FEELING OF PATIENT BEFORE AND AFTER SURGERY

ABSTRACT

The present study consists of a systematic review in order to investigate the emotional manifestations in patients who experienced pre and post cardiac surgery, we reviewed 120 articles, searches on electronic databases MEDLINE and LILACS, national and international undertaken between the years from 1985 to 2010. Among the items found were 13 abstracts were selected according to the selected predictors. The total sample were 866 patients who underwent cardiac surgery and who showed emotional manifestations of anxiety, depression, fear and post-traumatic stress disorder.

Keywords: Cardiac surgery, Anxiety, Depression, Fear, Post traumatic stress disorder.

¹ Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC) Porto Alegre, RS-Brasil. Professora do Curso de Psicologia da Universidade da Região da Campanha/Bagé/RS – Brasil.

² Cirurgião Cardiovascular. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Professor da Disciplina de Cardiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA) – Brasil.

INTRODUÇÃO

O início do século XIX foi considerado o marco inicial dos estudos em cirurgia cardíaca. A partir daí muitos estudos e pesquisas vêm sendo realizadas sobre o assunto (Farias & Cruz, 2010). A realidade brasileira foi demonstrada através do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) comparando os dados de mortalidade após cirurgia cardiovascular no Brasil, em hospitais do SUS, com os da Sociedade de Cirurgiões Torácicos dos EUA (STS - *The Society for Thoracic Surgeons*) e com os Registros de Cirurgia Cardíaca do Reino Unido (UK *Cardiac Surgical Register*), apresentaram os resultados de 8% para o Brasil e 4% para Estados Unidos e Reino Unido (Gomes, Mendonça & Braile, 2007).

O Brasil realiza aproximadamente 350 cirurgias cardíacas/1.000.000 habitante/ano, incluindo implantes de marcapassos e desfibriladores, um terço do que é feito no Reino Unido e na Europa, que realizam mais de 900 cirurgias cardíacas/1.000.000 habitante/ano. Os Estados Unidos realizam 2.000 cirurgias cardíacas/1.000.000 habitante/ano. No registro do Reino Unido, a mortalidade para cirurgias de urgência é o dobro das cirurgias eletivas e as de emergência quadruplicam o risco de mortalidade (Gomes et al., 2007). Estes resultados são consequência de destreza técnica da equipe cirúrgica.

A maioria das cirurgias cardiovasculares tem a capacidade de mudar a história natural da doença em evolução, revertendo ou melhorando os defeitos que estão colocando em risco a vida do paciente, melhorando sintomas, sua qualidade e a quantidade de vida (Gomes et al., 2007).

No campo da cirurgia de revascularização miocárdica (cirurgia de ponte de safena), as duas contribuições que mais melhoraram os resultados cirúrgicos no

mundo foram introduzidas por cirurgiões brasileiros, como as técnicas de revascularização miocárdica com o coração batendo (conhecida como técnica sem uso de circulação extracorpórea) e a utilização dos enxertos duplos de artéria mamária interna.

No tratamento cirúrgico da insuficiência cardíaca, as técnicas atualmente utilizadas no mundo foram desenvolvidas por cirurgiões cardiovasculares brasileiros (Gomes et al., 2007). Presentemente, toda a pesquisa nesses campos é direcionada por ideias desenvolvidas a partir desses trabalhos pioneiros.

A cirurgia cardíaca é uma modalidade de tratamento para diferentes cardiopatias que gera sofrimento para o indivíduo em muitos aspectos. No âmbito biológico, o paciente está suscetível a sensações de dor, infecções, intervenções invasivas e risco de morte. No campo social, o paciente se afasta temporariamente do convívio com os amigos e parentes pelo tempo de internação hospitalar, limita sua autonomia e diminui ou extingue as atividades laborais (Santana, Fernandes, Zanin, Waeteman, & Soares, 2010).

A CRM (cirurgia de revascularização do miocárdio) é considerada como o procedimento cirúrgico mais testado da história da medicina. A ponte de safena aorto-coronariana, em 1967, foi criada na Cleveland Clinic, proposta pelo cirurgião argentino René Favaloro, representou uma revolução na terapêutica cardiológica, gerou ansiedade e extremada reação em muitos cardiologistas da época, cujas questões eram: se realmente aliviava a angina e se o fazia por reperfusão do miocárdio ou por efeito placebo; se preveniria o infarto do miocárdio e se aumentaria a longevidade. Os participantes do meio médico na década de 1970 foram testemunhas de inúmeros embates entre cirurgiões ao lado de cardiologistas mais progressistas e clínicos de escolas mais conservadoras (Kalil, 2008).

A cirurgia de revascularização do miocárdio resulta em alívio dos sintomas da insuficiência coronariana, melhor funcionamento cardíaco, prevenção do infarto do miocárdio e recuperação física, psíquica e social do paciente, objetivando melhoria da qualidade de vida. Mesmo quando realizada adequadamente, a cirurgia tem repercussões físicas, psicológicas e sociais, demandando adaptações com mudanças no estilo de vida (Vila, Rossi, & Costa, 2008).

Quanto à condição psicológica, geralmente o paciente apresenta sintomas de ansiedade, depressão e medo, com expectativas negativas sobre o futuro. O enfrentamento da situação consiste na busca por respostas adaptativas e no manejo das experiências, estados emocionais e comportamentos causados pelo estresse (Gomes et al., 2007). Essas estratégias referem-se a padrões cognitivos e comportamentais que são empregados para manter o equilíbrio diante das especificidades da situação de adoecimento.

O resultado deste trabalho é o desenvolvimento de teorias, métodos e técnicas de intervenção como, por exemplo, o treino psicológico para controle do estresse, análise funcional de contingências no hospital, intervenção multiprofissionais, estudos sobre adesão ao tratamento e suporte social aos pacientes (López, García & Dresch, 2006).

Pesquisas sobre preditores comportamentais de saúde foram desenvolvidas, com aquisição de instrumentos para avaliação de estratégias de enfrentamento, investigação sobre problemas psicológicos associados à cirurgia cardíaca entre outros temas (Caiuby, Andreoli, & Andreoli, 2010) com o objetivo de oferecer conhecimentos sobre o assunto.

Os sentimentos provocados pela cirurgia cardiovascular

A cirurgia cardíaca, quando indicada, é comum que seja vivenciada de forma ambivalente. A percepção do paciente é de uma intervenção mágica, que o livrará do risco de um infarto, o medo da morte, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico e o receio de sofrer danos irreversíveis. Em situações como essas, é comum que fantasias e sentimentos ocupem a mente do doente (Vargas, Maia & Dantas, 2006).

Dentre os diagnósticos psicológicos feitos no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, o de ansiedade é um dos mais comuns. É um fenômeno universal e uma realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos. A ansiedade pode influenciar a resposta do doente frente ao tratamento cirúrgico e acarretar efeitos negativos sobre a recuperação pós-operatória. Altas taxas de ansiedade antes da revascularização do miocárdio estão associadas com depressão no pós-operatório, recuperação precária e exacerbação da dor. Níveis moderados de ansiedade pré-operatória podem auxiliar os pacientes a se prepararem para cirurgia e reduzir o estresse da situação (Vargas et al., 2006).

Identificar como o paciente enfrenta e lida com a situação de estar aguardando uma cirurgia cardíaca é um aspecto importante para os profissionais que o assistem. Conhecer sobre a presença de mecanismos de defesa e como o paciente responde à situação é importante tanto no pré como no pós-operatório.

Acredita-se que existe uma faixa de ansiedade que deva ser considerada desejável e que impulsionará o paciente a agir, por exemplo: fazendo perguntas à equipe, relacionando-se com os familiares e aceitando as restrições impostas pelo preparo pré-cirúrgico. No entanto, um alto grau de ansiedade pode levar o paciente a se mostrar apático, o que ocasionaria dificuldades para aprender as orientações verbais recebidas da equipe e um baixo grau de ansiedade pode denotar uma

ausência de introversão, tendo como consequência resistência em compreender e se reafirmar diante da situação vivida (Vargas et al., 2006).

Os aspectos causadores de estresse neste período dizem respeito à incerteza de sua evolução, separação da família, fantasias em relação ao procedimento e pela possibilidade de morrer; mais detalhadamente: a separação da casa, da família, de seu ambiente, a perda da liberdade e a despersonalização; o medo com relação à vida em si (Gasperi, Radunz & Prado, 2006). A ansiedade leva o paciente a pensar e assumir o papel de doente, antecipar questões com relação ao ato cirúrgico, dor, perda de controle sobre si mesmo e o medo de ficar dependente de alguém (Gasperi et al., 2006).

O período pré-operatório gera grandes angústias e medos, e estas podem interferir na recuperação pós-operatória, no entanto sabe-se que as orientações pré-operatórias eficazes reduzem a ansiedade e as respostas psicológicas ao estresse antes e depois da cirurgia (Brandão, Bastos & Vila, 2005), tornando evidente a importância das orientações prestadas neste período.

A associação entre perturbações psicológicas, psiquiátricas e doença cardiovascular tem sido bem estabelecida ao longo dos últimos anos, vários estudos evidenciam que a existência de patologia psiquiátrica como depressão e ansiedade aumenta de modo independente o risco e agrava o prognóstico em doentes com doença cardiovascular (Mallik et al., 2005).

Entre os fatores psicossociais, a depressão foi o primeiro a ganhar status junto com os fatores de risco biomédicos tradicionais (Mallik et al., 2005). Desde a década de 1960 existem publicações relatando a associação entre presença de ansiedade e depressão e aumento da morbimortalidade após revascularização do miocárdio. Atualmente algumas pesquisas mostraram que a presença de ansiedade

e depressão pode influenciar o desenvolvimento de lesões cardiovasculares em indivíduos previamente saudáveis (Carneiro et al., 2009).

A prevalência de depressão em doentes que aguardam cirurgia cardíaca tem sido estimada entre 27% a 47%. Em doentes submetidos a cirurgia de revascularização coronária a presença de sintomas depressivos pré-cirúrgicos tem sido associada positivamente à depressão pós-cirúrgica, com persistência de dor e incapacidade para regressar às atividades de vida diária prévias, num período de seis meses após a cirurgia.

A depressão está associada ao risco para doenças cardiovasculares, independente dos fatores clássicos de risco, tanto para pacientes saudáveis, como para aqueles que apresentam DAC (doença arterial coronariana). Entre os pacientes com DAC, o risco de mortalidade cardíaca é de duas a quatro vezes maior naqueles que apresentam depressão (Sherwood, Hinderliter, Watkins, Waugh & Blumenthal, 2005).

A presença de sintomatologia depressiva tem sido, também, associada a períodos de internamento mais prolongados, com elevadas taxas de readmissão hospitalar aos seis meses e uma necessidade aumentada para a repetição de procedimentos cirúrgicos (Costa et al., 2008).

A identificação dos sentimentos dos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, no âmbito hospitalar, é muito importante, a equipe hospitalar desempenha um papel abrangente no cuidado da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico complexo, como é o caso das cirurgias cardíacas. A assistência ao paciente engloba os cuidados pré-operatórios com apoio emocional e psicológico oferecidos ao doente e seus familiares, também no período de recuperação pós-cirúrgica (Caiuby et al., 2010).

As primeiras observações clínicas a sugerirem que sintomas ansiosos e/ou depressivos pré-cirurgia cardíaca poderiam estar associados a agravamento do prognóstico pós-cirúrgico foram publicadas na década de 60 do século XX. Tais observações verificaram-se em doentes submetidos à cirurgia valvular ou à cirurgia de revascularização cardíaca, salientando essas observações a importância de considerar a avaliação pré-cirúrgica da depressão e/ou ansiedade em doentes submetidos à cirurgia cardíaca com o objetivo de melhorar o tratamento destes doentes (Associação Americana de Psiquiatria, 2002).

A figura 1 demonstra a relação entre depressão e complicações no pós-operatório.

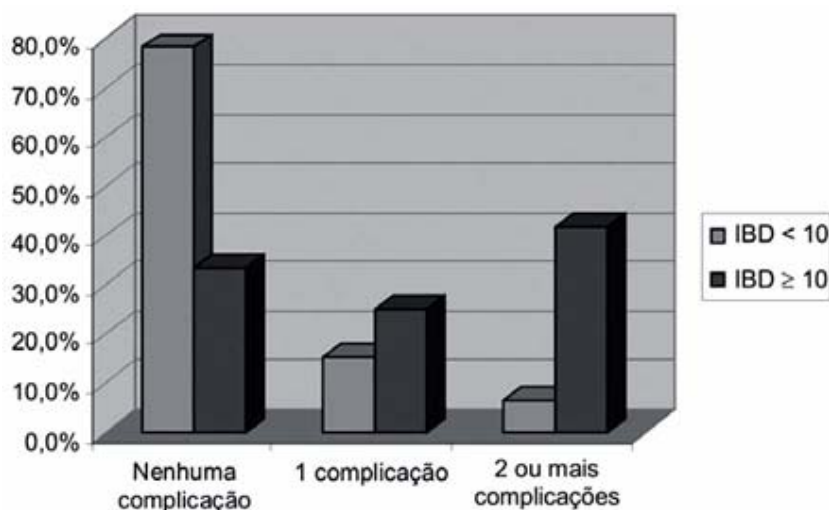


Figura 1 - Escore no Inventário Beck de Depressão na fase I e número de complicações no pós-operatório tardio (Lipp et al., 2007).

A associação entre depressão e prognóstico de pacientes com DAC (doença arterial coronariana) submetidos à cirurgia de revascularização tem sido enfocada em alguns estudos, cujos resultados indicam a necessidade de identificar e manejar adequadamente os casos com risco aumentado para depressão. Foram avaliados 817 pacientes submetidos a este procedimento com a conclusão de que, apesar dos avanços clínicos e cirúrgicos, “a depressão é um importante preditor independente

de morte após a cirurgia de revascularização e deve ser cuidadosamente monitorada e tratada” (Mallik et al., 2005).

Dentre os sentimentos apresentados pelos pacientes, após cirurgia cardíaca, além de ansiedade, medo e depressão, estão as vivências traumáticas. A palavra trauma, até então utilizado para referir acidentes corporais, foi aplicado a fenômenos psicológicos, trazendo ao conceito de traumatismo psicológico a noção de casualidade e tratamento. Posteriormente, os conceitos de trauma e neurose traumática propagaram-se durante a guerra do Vietnã e encontraram solo fértil no movimento contra a violência e os efeitos psicológicos nocivos em populações envolvidas em conflitos armados (Jackson et al., 2007). Esse movimento culminou na proposta de diagnóstico Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) na Classificação Diagnóstica Americana em sua terceira versão (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV*) (Carneiro et al., 2009).

O TEPT é definido como um conjunto de reações associados à memória do evento traumático, o qual é decorrente de uma vivência de ameaça à vida, com possibilidade de morte, por exemplo, acidentes automobilísticos, desastre natural e ser portador de uma doença grave com risco de morte. Outras situações potencialmente traumáticas são consideradas, como a notícia de morte inesperada, morte ou lesão experimentada por membro da família ou pessoa próxima, portanto não sofrida diretamente pelo indivíduo (Jackson et al., 2007).

O indivíduo pode apresentar vivência persistente e intensa das memórias do evento traumático que se manifestam de maneira intrusiva sem controle, gerando sofrimento psicológico, manifestações fisiológicas semelhantes às ocorridas durante o evento, comportamento de esquiva e excitabilidade persistentes, podendo apresentar prejuízo ocupacional (Sukantarat, Greer, Brett & Williamson, 2007).

Os sintomas habitualmente aparecem depois de um mês e até três meses após o evento traumático, configurando um quadro agudo se os sintomas estiverem presentes durante dois dias, um quadro crônico se a sintomatologia persistir por mais de três meses, ou um quadro tardio se a sintomatologia apresentar-se após seis meses (Jackson et al., 2007). Os sintomas de TEPT podem configurar quadros de reação aguda, crônica e tardia.

A experiência de estar hospitalizado, relatada por diversos estudos, pode desencadear memórias traumáticas geradas pela vivência de possibilidade de morte (Sukantarat et al., 2007). Estas memórias são formadas durante a permanência do paciente no hospital e possuem um potencial traumático na medida em que se relacionam à vivência de ameaça de morte, estar gravemente enfermo. Os pacientes cardíacos internados na UTI, principalmente aqueles que se submeteram à cirurgia cardíaca, sentem-se angustiados e amedrontados perante a gravidade do diagnóstico e pelo temor da morte (Lipp, Frare & Urbini, 2007).

Os fatores de risco associados ao TEPT referidos foram a história prévia de ansiedade, depressão ou pânico, presença de memórias ilusórias, presença de crenças e de comportamentos depressivos que impossibilitam o enfrentamento da situação de ameaça, experiências estressantes como pesadelos e sentimentos de medo e tempo de ventilação mecânica (Sukantarat et al., 2007).

A presença de sintomas de ansiedade e depressão mostrou forte correlação com o desenvolvimento de comportamentos de evitação e de memórias intrusivas (sintomatologia de TEPT) (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007).

A presença de memórias ilusórias decorrente da internação no hospital revelou correlação significativa com o aumento do TEPT agudo e crônico, transtorno de ansiedade, comportamentos fóbicos e transtornos de pânico, independente do

instrumento de avaliação e do momento em que a avaliação foi realizada (Sherwood et al., 2005).

O paciente cardíaco pode ser ajudado a adquirir uma melhor qualidade de vida, desde que seja assistido por profissionais que ajudem no restabelecimento, minimizando complicações físicas e emocionais decorrentes do processo de adoecimento (Lipp et al., 2007).

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma pesquisa de revisão sistemática que pretende investigar as manifestações emocionais em pacientes que vivenciaram o pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Através da revisão de 120 artigos, pesquisados nas bases de dados eletrônicas MEDLINE e LILACS, estudos nacionais e internacionais realizados entre os anos de 1985 a 2010, foram computados e categorizados 24 resumos, de acordo com os critérios estabelecidos, cuja distribuição por base de dados pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1 - Manifestações psicológicas e fisiológicas do paciente no pré-operatório e pós-operatório da cirurgia cardíaca

Estudo	Banco de dados	Nº da Amostra	País de Publicação	Resultados
Lamosa, BWR, 1985	LILACS	50	Brasil	Pacientes de ambos os sexos têm no pré-operatório um A-estado (estado de ansiedade) na média, sendo que no pós-operatório este torna-se abaixo da média. Já com relação ao A-traço, os pacientes do sexo masculino mostraram ser mais ansiosos do que a média da população brasileira.

Sleigh, JW, 1995	LILACS	32	Dinamarca	A ansiedade pré-operatória pode ser frequentemente associada a uma relativa predominância vagal no balanço simpático.
Guerrero, ALS, 2000	LILACS	60	Brasil	Risco para alteração na temperatura; Risco para diminuição no débito cardíaco; Limpeza ineficaz de vias aéreas; Integridade da pele prejudicada; Alto risco para infecção; Déficit para o autocuidado: higiene e alimentação e Rompimento do vínculo familiar.
Baggio, MA, 2001	LILACS	08	Brasil	No período pré-operatório, identificamos preocupações distintas nos pacientes em relação à intervenção cirúrgica a que se submeteriam.
Bachion, MM, 2004	LILACS	13	Brasil	Os resultados revelaram que 100 por cento dos participantes apresentaram "medo"
Schelling, G, 2004	MEDLINE	91	Estados Unidos	Não houve diferença significativa quanto ao número ou tipo de memórias traumáticas com o uso da hidrocortisona e doses de tratamento padrão Stress de hidrocortisona em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.
Viridiana, A, 2005	LILACS	138	Brasil	Depressão em pacientes que irão submeter-se a revascularização cirúrgica é um preditor independente para a ocorrência de eventos cardiovasculares combinados no seguimento de 3 meses.
Rocha, LA; 2006	LILACS	22	Brasil	Houve correlação entre depressão e risco para infecção e constipação; Déficit no autocuidado para higiene íntima e integridade de pele prejudicada.
Santos, R, 2007	LILACS	20	Brasil	Os resultados do pós-operatório foram: conhecimento deficiente da situação 80% e 75% medo.
Peterson, C, 2007	MEDLINE	310	Inglaterra	Otimismo que mediou o efeito favorável da oração de enfrentamento, também foi relacionado com os sintomas de estresse pré-operatório, que teve um efeito nos resultados. A idade foi associada com uma melhor saúde mental no pré-operatório.

Battagin, AM, 2008	LILACS	06	Brasil	As constatações foram de que a dependência funcional no pós-operatório repercute negativamente e desencadeia sintomas depressivos no idoso.
Carneiro, AF, 2009	LILACS	96	Brasil	Os pacientes com doença cardíaca após implante de marcapasso e revascularização do miocárdio apresentam diferença nos níveis de ansiedade, porém não apresentam diferença com relação aos níveis de depressão.
Grasel, LH, 2009	LILACS	20	Brasil	Ansiedade e medo foram apresentados pelos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem, definido pelo <i>North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)</i> .
Total: 13 resumos	24 anos de estudo	n= 866	04 países	

Foram investigadas as consequências da cirurgia cardíaca no aspecto emocional em pacientes adultos de ambos os sexos. O estudo teve o objetivo de visualizar, através de um mapeamento abrangente e sintético sobre o tema, as pesquisas realizadas, também a carência de estudos e as lacunas do conhecimento científico sobre o assunto.

Para verificar a frequência de produções relativas ao tema sobre cirurgia cardíaca, sofrimento emocional pré e pós-operatório, foram excluídos do estudo resumos que descreviam comportamentos de crianças e adolescentes, retirados da seleção os trabalhos relacionados a cuidados pediátrico e neonatal, também estudos que investigavam reações fisiológicas decorrentes da cirurgia cardíaca. A estratégia da pesquisa consistiu em pesquisar nos trabalhos relacionados à cirurgia cardíaca, através dos descritores: cirurgia cardíaca, ansiedade, depressão, medo e estresse pós-traumático, resultados referentes às manifestações psicológicas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no estudo, dos 120 resumos, 93 foram excluídos por não apresentarem estudos com pacientes de cirurgia cardíaca, não preencherem os requisitos estabelecidos e por terem na amostra pacientes pediátricos. Dentre os 13 resumos analisados, o país que mais publicou artigos sobre consequências do pós-operatório em cirurgias cardíacas foi o Brasil, com 10 resumos, 01 da Dinamarca, 01 dos Estados Unidos e 01 da Inglaterra. Dez estudos abordaram os aspectos subjetivos e emocionais do paciente no pré-operatório da cirurgia cardíaca.

O estudo permitiu visualizar, em 24 anos de estudo, com uma amostra de 866 pacientes, o interesse da ciência pelo procedimento cirúrgico cardíaco, com pouco estudo no âmbito mundial, demonstra ser o Brasil o país que mais pesquisas e publicações realiza sobre o assunto. Os anos com maior número de estudos sobre pré-operatório em cirurgia cardíaca foram 2004 (03), 2005 (06), 2008 (02) e 2009 (02).

Quanto às manifestações psicológicas, observou-se em 10 resumos: pouca orientação e interação entre profissionais e pacientes, não houve correlação entre a ansiedade e a frequência cardíaca média, impotência frente a fatores internos como fonte de controle entre os pacientes de disfunção valvar, diminuição da ansiedade relacionada com a conduta da enfermagem e uma avaliação emocional adequada, rompimento do vínculo familiar, déficit para o autocuidado: déficit cognitivo; higiene e alimentação; expectativas explícitas e implícitas do paciente, sentimento de ansiedade, medo, não houve diferença significativa quanto ao número ou tipo de

memórias traumáticas com o uso da hidrocortisona, uma menor intensidade de estresse crônico e os sintomas de TEPT em 6 meses após a cirurgia; dor; medo do desconhecido como principal causa da insegurança e ansiedade, depressão em pacientes que irão submeter-se a revascularização cirúrgica é um preditor independente para a ocorrência de eventos cardiovasculares combinados no seguimento de três meses; consequências cognitivas, padrões de sexualidade alterados e distúrbio no padrão de sono.

Apenas um estudo foi realizado com idosos, observou-se uma predominância dos diagnósticos relacionados às necessidades psicobiológicas, demonstrando que as alterações fisiológicas e psicológicas são interdependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou que o Brasil é o país que mais realiza e publica pesquisas em cirurgia cardíaca em relação aos demais países. Segundo dados da literatura, apesar do número e do resultado das cirurgias cardíacas estar inferior em relação aos demais países, houve maior investimento na aquisição de conhecimentos científicos nesta área. A cirurgia cardiovascular é um procedimento médico que exige criteriosa avaliação, ao ser indicada, devem ser observadas a individualidade de cada indivíduo, suas manifestações fisiológicas e psicológicas pré e pós-operatórias, a fim de que melhores resultados possam emergir da prática cirúrgica.

As manifestações psicológicas apresentadas pelo estudo foram: ansiedade, depressão, medo, vivências traumáticas, consequências cognitivas, padrões de sexualidade alterados e distúrbio no padrão de sono. A atenção da equipe

multiprofissional no acompanhamento ao paciente tanto aspecto pré como pós-cirúrgico, o conhecimento dos fatores de risco, da presença de comorbidades, como as manifestações emocionais, contribuem para a eficácia do procedimento.

REFERÊNCIAS

Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TR*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.

Brandão, E. S. B., Bastos, M. R. C. M. & Vila, V. S. S. (2005). O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(3).

Caiuby, A. V. S., Andreoli, P. B. A. & Andreoli, S. B. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(1), 77-84.

Carneiro, A. F., Mathias, L. A. S. T., Rassi Jr, A., Morais, N. S., Gozzani, J. L. & Miranda, A. P. (2009). Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(4), 431-438.

Costa, C., Sousa, V. T., Costa, A., Reis, C., Grangeia, R. & Coelho, R. (2008). Impacto dos fatores psicossociais na cirurgia cardíaca. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 601-606.

Farias, R. C. & Cruz I. C. F. (2010). Nursing care to patients submitted to cardiac surgery. *Journal of Especialized Nursing Care*, 3(2).

Gasperi, P., Radunz, V. & Prado, M. L. (2006). Procurando reeducar hábitos e costumes: o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 252-257.

Gomes, W. J, Mendonça, J. T., Braile, D. M. (2007). Resultados em cirurgia cardiovascular - oportunidade para discutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 22(4), III-VI.

Jackson, J. C., Obremskey, W., Bauer, R., Greevy, R., Cotton, B. A., Anderson, V., Song, Y. & Ely, E. W. (2007). Long-term cognitive, emotional, and functional outcomes in trauma intensive care unit survivors without intracranial hemorrhage. *The Journal of Trauma*, 62(1), 80-88.

Kalil, R. A. K. Consensos e controvérsias na doença arterial coronariana crônica quando indicar cirurgia? (2008). *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 16(13).

Lipp, M. E. N., Frare, A. & Urbini, F. S. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2):161-167.

López, M. P. S., García, M. E. A. & Dresch, V. (2006). Ansiedade, autoestima y satisfacción autopercebida como preditores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

Mallik, S., Krumholz, H. M., Lin, Z. Q., Kasl, S. V., Mattera, J. A., Roumains, S. A. & Vaccarino, V. (2005). Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 111(3), 271-277.

Samuelson, K. A., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2007). Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(6), 671-678.

Santana, J. J. R., Fernandes, L. F. B., Zanin, C. R., Waeteman, C. M. & Soares, M. (2010). Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 31-39.

Sherwood, A., Hinderliter, A. L., Watkins, L. L., Waugh, R. A. & Blumenthal, J. A. (2005). Impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. *Journal of the American College of Cardiology*, 46(4), 656-659.

Sukantarat, K., Greer, S., Brett, S. & Williamson, R. (2007). Physical and psychological sequelae of critical illness. *British journal of health psychology*, 12(Pt 1), 65-74.

Vargas, T. V. P., Maia, E. M. & Dantas, R. A. S. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3).

Vila, V. S. C., Rossi, L. A. & Costa, M. C. S. (2008). Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 750-756.

CONTATO

E-mail: jfeltrin@alternet.com.br