

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPGEnfBio

PPGENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTEGRATIVA

The daily life of adults and elderly after myocardial revascularization

O cotidiano de adultos e idosos após a revascularização miocárdica

El cotidiano de adultos y ancianos después de la revascularización miocárdica

Claudia Regina Maldaner¹, Margrid Beuter², Caren da Silva Jacobi³, Camila Castro Roso⁴, Claudelí Mistura⁵, Margot Agathe Seiffert⁶

ABSTRACT

Objective: To describe the evidences on care needs and factors those influence the daily life of patients after myocardial revascularization surgery. **Method:** An integrative review of literature, with data collection at the database Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online using the keywords "myocardial revascularization" and "patient discharge" or "everyday activities" or "rehabilitation" or "social adjustment" in January 2013. There were analyzed 12 articles those constituted the corpus of the study. **Results:** The results indicate that the day-to-day after surgery includes the need for changes in lifestyle. The negative repercussions of myocardial revascularization include anxiety, depression and medical monitoring and the positive factors the decrease of anginal symptoms. **Conclusion:** It was concluded that there is a lack of assistance from nursing professionals who contribute to the quality of life of revascularized patients by encouraging autonomy in the reconstruction of identity. **Descriptors:** Nursing, Myocardial revascularization, Cardiology, Patient discharge, Activities of daily living.

RESUMO

Objetivo: Descrever as evidências sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano dos pacientes após a cirurgia de revascularização miocárdica. **Método:** Revisão integrativa da literatura, com coleta dos dados nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online utilizando os descritores "revascularização miocárdica" and "alta do paciente" or "atividades cotidianas" or "reabilitação" or "ajustamento social", em janeiro de 2013. Foram analisados 12 artigos que constituíram o corpus do estudo. **Resultados:** Os resultados apontam que o dia-a-dia após cirurgia inclui a necessidade de mudanças no estilo de vida. As repercussões negativas da revascularização miocárdica incluem a ansiedade, depressão e acompanhamento médico e os fatores positivos a diminuição dos sintomas anginosos. **Conclusão:** Conclui-se que há carência de intervenções dos profissionais de enfermagem que contribuam na qualidade de vida dos indivíduos revascularizados, incentivando a autonomia na reconstrução da identidade. **Descritores:** Enfermagem, Revascularização miocárdica, Cardiologia, Alta do paciente, Atividades cotidianas.

RESUMEN

Objetivo: Describir las evidencias sobre las necesidades de atención y los factores que influyen en la vida diaria de los pacientes después de la cirugía de revascularización miocárdica. **Método:** Revisión integrada de la literatura, con la recopilación de datos en las bases de Literatura Latina Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online utilizando las palabras clave "revascularización miocárdica" and "descarga de paciente" or "actividades cotidianas" or "rehabilitación" or "ajuste social" en enero de 2013. Se analizaron 12 artículos que constituyen el corpus del estudio. **Resultados:** Los resultados indican que el día a día después de la cirugía incluye la necesidad de cambios en el estilo de vida. Los efectos negativos de la revascularización miocárdica son la ansiedad, la depresión y la vigilancia médica y los factores positivos son la disminución de los síntomas anginosos. **Conclusión:** Se concluye que existe una falta de asistencia de los profesionales de enfermería que contribuyan a la calidad de vida de los pacientes revascularizados mediante el fomento de la autonomía en la reconstrucción de la identidad. **Descriptor:** Enfermería, Revascularización miocárdica, Cardiología, Dispensa médica, Actividades cotidianas.

¹ Enfermeira do Setor de Cardiologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: claumaldaner@yahoo.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: margridbeuter@gmail.com ³ Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: cahjacobi@hotmail.com ⁴ Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: camilaroso@yahoo.com.br ⁵ Mestranda em Enfermagem PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: claumistura@gmail.com ⁶ Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: margotenfer@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam as principais causas de morte no Brasil, sendo que no ano de 2010 as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 52,4 óbitos por 100.000 habitantes.¹ As patologias cardíacas afetam de maneira crescente a população em idade laboral, além de contribuírem para a perda de anos de vida saudável e de produtividade econômica.²

Dentre as doenças cardiovasculares, a doença isquêmica coronariana abrange os casos de angina instável e o infarto agudo do miocárdio, além de caracterizar-se por sintomas de isquemia miocárdica aguda que variam de acordo com o grau de estreitamento da luz arterial, formação do trombo e obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio.³

O tratamento das doenças isquêmicas envolve altas tecnologias e exige, em alguns casos, a realização de Cirurgias de Revascularização do Miocárdio (CRM). Nesse procedimento cirúrgico, um vaso sanguíneo de outra parte do corpo é enxertado no vaso ocluído, de modo que o fluxo do miocárdio seja reestabelecido.³ O objetivo principal da CRM é melhorar a qualidade de vida das pessoas operadas por meio da diminuição da sintomatologia da doença isquêmica, que envolve basicamente dor torácica e dispneia. Além de possibilitar o aumento da expectativa de vida e restaurar a possibilidade de desenvolver atividade física.⁴⁻⁵

Dentre as cirurgias cardíacas realizadas no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a CRM é a mais freqüente.⁶ Estimou-se que no ano de 2011 foram realizadas 11.402 CRM, o que acarretou em um gasto de R\$ 86.886.47 para os cofres públicos.⁷ O sucesso dessa cirurgia é consequência do aperfeiçoamento dos profissionais e o desenvolvimento de novas drogas. Além disso, a realização de CRM certamente aumentará nos próximos anos devido à melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, a aceleração do envelhecimento populacional e o consequente aumento na incidência de doenças cardiovasculares.⁸

O indivíduo revascularizado passa por uma ruptura do fluxo cotidiano das atividades desempenhadas anteriormente por ele⁹ e o seu comportamento pós revascularização passa a ser preponderante no restabelecimento da saúde e manutenção da vida.¹⁰ Dessa forma, percebe-se a relevância dos enfermeiros atentarem para a maneira como as pessoas que vivenciaram a revascularização miocárdica dão continuidade à sua vida após o procedimento, de modo a facilitar a adaptação do paciente a sua nova rotina dentro dos limites impostos pela CRM.

Diante do exposto, tem-se como o objetivo do estudo descrever as evidências da literatura científica sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano de adultos e idosos submetidos à CRM, após a alta hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo.¹¹

Nesse estudo foram realizados os seis passos da revisão integrativa.¹¹ Primeiro, foi realizada a identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa. Durante o segundo passo sucedeu o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Já na terceira etapa foram definidas as informações a serem extraídas utilizando-se um instrumento validado¹², que contempla dados relacionados com a referência, intervenção estudada, resultados, recomendações e conclusões. Nessa etapa, também, ocorreu à categorização dos níveis de evidência dos artigos pela classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt.¹³

Essa classificação apresenta sete níveis de evidência. No nível um, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível dois, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível três, evidências de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível quatro, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível cinco, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível seis, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível sete, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas obtidas. Vale destacar que, os níveis de evidência de cada artigo do *corpus* da pesquisa foram avaliados por três pesquisadores.

Na sequência foi desenvolvido o quarto passo, que trata da avaliação dos estudos incluídos. Na quinta etapa realizou-se a interpretação dos resultados e por último, na sexta fase, desenvolveu-se a síntese do conhecimento evidenciada nos artigos.

Para orientar o estudo foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Quais as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano de adultos e idosos submetidos à revascularização miocárdica após a alta hospitalar? A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) utilizando os descritores "revascularizacao miocardica" and ((("ALTA DO PACIENTE") or "ATIVIDADES COTIDIANAS") or "reabilitacao") or "AJUSTAMENTO SOCIAL" e nos idiomas em "ESPAÑOL" or "INGLES" or "PORTUGUES".

A busca dos estudos ocorreu em janeiro de 2013. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas disponíveis gratuitos *online* na íntegra publicados até dezembro de 2012, em inglês, português ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo ou aqueles que se apresentavam incompletos na base de dados e artigos de revisão. Desse modo, a busca possibilitou encontrar 58 produções, das quais 12 atenderam aos critérios que constituíram o *corpus* da análise (Figura 1).

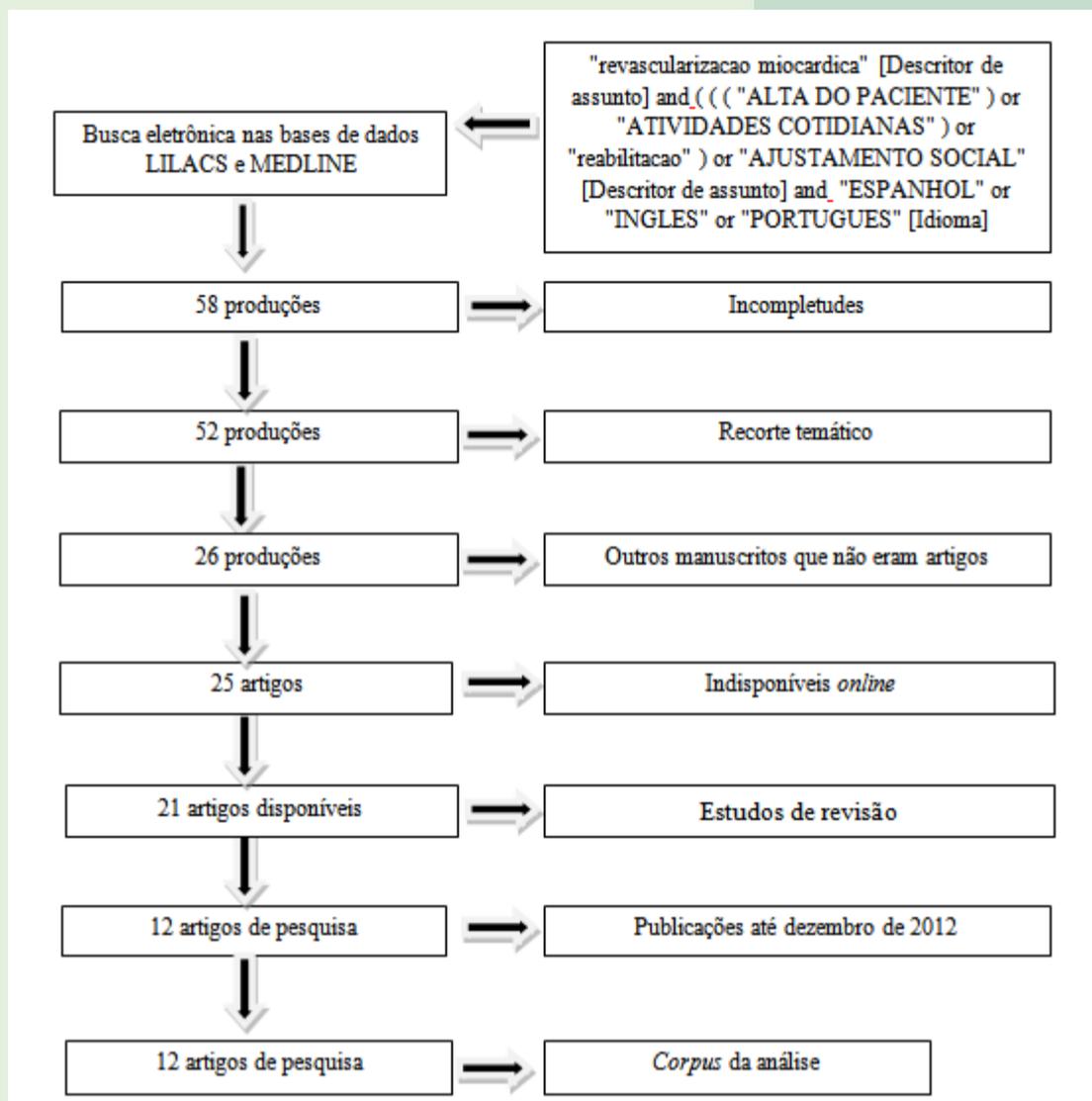


Figura 1- Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa analisou-se 12 artigos que atenderam aos critérios previamente estabelecidos. Quanto ao ano de publicação, verificou-se que variou de 1998 a 2012, havendo destaque ao ano de 2009, o qual apresentou três artigos. Referindo-se ao delineamento, dez dos artigos tiveram abordagem quantitativa, já as abordagens qualitativas e quali-quantitativas corresponderam a um cada. Quanto ao nível de evidência, destacou-se o nível de evidência seis, o qual teve sete artigos que eram descritivos.

Em relação aos países de desenvolvimento da pesquisa, o Brasil destacou-se com cinco estudos, seguido dos Estados Unidos que realizou três e a Grécia, a Suíça, a Espanha e o Canadá com um artigo cada. Referente às áreas de conhecimento, a enfermagem destaca-se com seis, a medicina com cinco publicações e a fisioterapia com um estudo.

Autores	Ano de publicação	Área de concentração	Delineamento	Nível de evidência	País do estudo
Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. ¹⁴	2009	Enfermagem	Qualitativo	6	Brasil
Rodrigues GRS, Cruz EA. ¹⁵	2008	Enfermagem	Qualitativo-quantitativo	6	Brasil
Goncalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo FVC, Dornelas AA. ¹⁶	2006	Fisioterapia	Quantitativo	6	Brasil
Lima FET, Araújo, TL. ¹⁷	2005	Enfermagem	Quantitativo	6	Brasil
McGillion M, Arthur HM, Cook A, Carroll SL, Victor JC, L'allier PL, et al. ¹⁸	2012	Medicina	Quantitativo	1	Canadá
Drakos SG, Bonios M, Anastasiou-Nana MI, Tsagalou EP, Terrovitis JV, Kaldara E, et al. ¹⁹	2009	Medicina	Quantitativo	4	Grécia
Sanchis J, Bodí V, Núñez J, Mainar L, Núñez E, Merlos P, et al. ²⁰	2009	Medicina	Quantitativo	3	Espanha
Buser MA, Buser PT, Kuster GM, Grize L, Pfisterer M. ²¹	2008	Medicina	Quantitativo	2	Suíça
Lima FE; de Araujo TL. ²²	2007	Enfermagem	Quantitativo	6	Brasil
Moser DK, Dracup K. ²³	2004	Enfermagem	Quantitativo	6	Estados Unidos
Seto TB, Taira DA, Berezin R, Chauhan MS, Cutlip DE, Ho KK, et al. ²⁴	2000	Medicina	Quantitativo	2	Estados Unidos
Rowe MA, King KB. ²⁵	1998	Enfermagem	Quantitativo	6	Estados Unidos

Quadro 1 - Relação dos artigos da revisão de acordo com autores, ano de publicação, área de concentração, delineamento, nível de evidência e procedência.

Necessidades de cuidado após a revascularização do miocárdio

O processo de reabilitação após a cirurgia exige que o indivíduo mantenha hábitos saudáveis, faça uso das medicações prescritas, dentre outros cuidados. A necessidade de mudança no estilo de vida^{14-15,22} após a cirurgia foi evidenciada em artigos analisados como um fator que possui aspectos negativos e positivos sob a vida do indivíduo revascularizado. A cirurgia é um marco que significa uma possibilidade de renascimento do paciente, que surge como uma oportunidade de fazer diferente todos os hábitos que eram prejudiciais à saúde anteriormente ao desenvolvimento da doença cardíaca. A partir do momento em que os indivíduos vivenciam uma situação que os coloca em risco de morte, é aceitável que após a nova “chance de vida” oferecida pela CRM, se manifeste o desejo da mudança comportamental e a alterações nos padrões de vida.²⁶

Por outro lado, a necessidade de mudança de hábitos alimentares que a cardiopatia exige, especialmente no sentido de assumir as limitações e de adotar mudanças no estilo de vida, é vista como algo incômodo e negativo, onde os desejos são reprimidos e as pessoas dividem-se entre a vontade e a proibição. Isso pode desmotivar o paciente a aderir ao tratamento e então há necessidade do trabalho educativo.²⁷

Outro fator que altera o cotidiano dos indivíduos após a realização da CRM é a modificação da renda familiar^{14,22}, a qual é evidenciada na literatura com aspectos positivos e negativos. Alguns pacientes, após a CRM apresentaram melhores condições de vida, o que possibilitou o retorno ao trabalho. A retomada da capacidade de desenvolver as atividades laborais anteriores a cardiopatia, contribui para a melhoria na renda familiar e assim, na melhora da autoestima.

Em outros casos a necessidade afastamento do trabalho, gastos com medicamentos e com deslocamento levam a dependência financeira do paciente, além de colaborar para a piora da renda familiar. Muitas vezes, as limitações impostas pela CRM podem fazer com que os pacientes sintam-se desvalorizados e insatisfeitos devido a mudanças na percepção de seu papel dentro do contexto familiar, profissional e social.²⁷

Os problemas socioeconômicos como o desemprego, a aposentadoria por invalidez e a dependência de cuidados familiares decorrentes das limitações impostas pelas condições de saúde, são apontados pelos pacientes como significativos na qualidade de vida, uma vez que, o ato de trabalhar constitui a condição de ter saúde.²⁸

Há, também, aqueles pacientes que são a fonte de recursos financeiros da família e veem a CRM como uma garantia de que, após essa cirurgia será possível retomar atividades cotidianas realizadas antes do adoecimento e continuar a promover o bem-estar material da família.²⁸

Salienta-se que a melhora significativa nos aspectos físicos e mentais dos indivíduos após a cirurgia favorece o retorno expressivo ao trabalho, mas nem sempre é uma melhora suficiente para que o paciente retome suas atividades laborais com a mesma intensidade. Desse modo, os pacientes apresentam insatisfação relativa a trabalho, pois experimentam restrições para retornar a suas atividades, após a CRM, o que reflete na baixa autoestima.²⁸

Fatores que influenciam negativamente o cotidiano após a CRM

Dentre os fatores que influenciam negativamente na maneira como os indivíduos dão continuidade à sua vida após a cirurgia está o estado psíquico.²³⁻²⁴⁻²⁵ As manifestações mais comuns são a ansiedade e a depressão.²⁹

O fato de submeter-se à cirurgia de grande porte como a cirurgia cardíaca, por si só contribui para ansiedade. Isso acontece, principalmente, pelo fato do coração ser relacionado popularmente aos sentimentos, além de reportar a pensamentos de vida e morte.³⁰ A alta hospitalar, após a cirurgia cardíaca, pode ocasionar ansiedade no paciente e sua família devido ao surgimento de dúvidas ao assumirem cuidados que antes eram desempenhados pela equipe de saúde.³¹

Neste sentido, a enfermagem por meio de consultas individualizadas, antes e após a realização da cirurgia cardíaca, pode ser uma aliada na minimização de alterações psíquicas após a CRM. Estudo que utilizou protocolo de consultas de enfermagem, com avaliações sistemáticas para ansiedade e depressão, constatou que pessoas monitoradas regularmente tiveram menor percentual de ansiedade e depressão, após seis meses de acompanhamento.²⁹ O acompanhamento de enfermagem, também, pode ser realizado ambulatorialmente antes da realização da CRM, pois quando as questões psicológicas são observadas precocemente, é possível evitar o aparecimento transtornos psicológicos graves, que necessitem de intervenção farmacológica.³²

As repercussões psicoemocionais nos indivíduos que realizaram CRM, frequentemente estão associadas às limitações para atividade laboral, que podem gerar baixa autoestima nos indivíduos e sensação de inutilidade.⁹ A ansiedade, também, pode desencadear efeitos físicos e clínicos nos pacientes, pois quanto mais ansiosos os pacientes ficam após a cirurgia, maiores são os níveis de dor no pós-operatório e de permanência no hospital.³³ Assim, a dor e o desconforto torácico^{15,25} relativos à ferida operatória são geradores de dificuldade nos

movimentos e demandam auxílio para a execução de algumas atividades, levando a perda da autonomia do indivíduo.

Compreende-se a dor como uma experiência subjetiva, complexa e pessoal, que apenas o indivíduo que sente poderá descrevê-la.³⁴ Apesar do avanço das drogas analgésicas e das técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor, esta ainda é considerada um importante problema no período pós-operatório.³⁵ É neste contexto que a enfermagem tem importante papel na orientação para alta desses indivíduos e no acompanhamento pós-alta, orientando estratégias de minimização da dor, como posição para dormir, cuidados ao tossir e caminhar, além do uso correto dos analgésicos conforme prescrição médica.

Evidenciou-se que a necessidade de acompanhamento médico contínuo e o uso de medicamentos^{14,22} são fatores que influenciam negativamente no cotidiano dos indivíduos no pós-operatório de CRM, principalmente, com questões de dificuldade de acesso e custos com o tratamento. Em estudo³⁶ que objetivou avaliar e identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em seguimento ambulatorial a maioria dos sujeitos relatou que há falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde. Sabe-se que este fato pode comprometer a adesão ao tratamento, já que muitos indivíduos não possuem condições financeiras para adquirir o medicamento ou se deslocar até o hospital a fim de realizar um acompanhamento médico adequado.

A adesão ao tratamento da doença crônica necessita de acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional, a qual pode auxiliar os pacientes a terem acesso aos serviços de saúde. As condições econômicas desfavoráveis dos pacientes que realizaram CRM, também, interferem na terapia medicamentosa. Isso revela a necessidade de investimentos do poder público em estratégias que facilitem a efetivação do tratamento após cirurgia de pacientes com baixa renda.

Outro fator importante evidenciado como influente no cotidiano dos pacientes foi à perda da libido²² somado a problemas conjugais, os quais levam a não retomada das atividades sexuais após a cirurgia. Muitas vezes, o paciente em recuperação de doenças cardiológicas não retoma sua atividade sexual por falta de esclarecimentos e receio de sentir dor durante o ato. Além disso, as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre esse assunto são escassas e evasivas, pois muitos profissionais consideram o assunto íntimo e de difícil abordagem.³⁷⁻³⁸

Com a carência da abordagem por parte dos profissionais sobre a retomada da vida sexual após a revascularização, o indivíduo permanece com dúvidas sobre o assunto. Desse modo necessita encontrar sozinho o seu limite físico para realizar atividades sexuais ou também, essas indagações pode levá-lo a abolir a prática sexual de seu cotidiano.

Qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação das necessidades, carências e desejos dos indivíduos, como a sexualidade, a qual exige avaliação subjetiva.³⁹ O acompanhamento ambulatorial pode possibilitar um espaço para debate sobre o assunto de modo a proporcionar orientações sobre a atividade sexual e assim, melhorar a qualidade da vida sexual dos pacientes pós CRM.

Fatores que influenciam positivamente o cotidiano após a CRM

Dentre os fatores que influenciam no cotidiano de pessoas após a CRM, os artigos analisados evidenciaram que a diminuição dos sintomas anginosos reflete na qualidade de

vida.^{14-15-16,18-19-20-21-22,24} Na percepção dos indivíduos revascularizados, possuir qualidade de vida é ter uma vida tranquila e feliz, com bem-estar, satisfação, saúde, harmonia familiar e vínculo empregatício.⁴⁰

A diminuição dos sintomas anginosos é almejada pelo indivíduo que se submete a CRM, pois o procedimento cirúrgico oferece significativa melhora na qualidade de vida quando comparada a indivíduos tratados clinicamente ou com angioplastia coronária.⁴¹ Diante da redução dos sintomas que a CRM proporciona aos revascularizados, observa-se uma melhora na convivência com a severidade da doença crônica e com as necessidades de cuidados que ela impõe.⁴²

Estudo revelou que a cirurgia cardíaca promoveu tolerância à prática de exercícios físicos pelos pacientes operados, pois eles conseguiram aumentar a distância que percorriam caminhando. Desse modo, o número de indivíduos fisicamente ativos pode crescer no pós-operatório de CRM, uma vez que, eles não sentem-se cansados tão facilmente.⁴³

A melhora clínica e a qualidade de vida dos pacientes precisam ser consideradas em um contexto de acompanhamento contínuo multiprofissional.⁴⁴ É preciso assegurar aos pacientes, após a alta hospitalar, o recebimento de informações sobre os cuidados que devem ter em sua residência, adaptando-os aos seus limites físicos.³¹

Outra evidência dos fatores positivos no cotidiano de indivíduos revascularizados é o apoio familiar^{14,17,23}, o qual é relevante no processo de recuperação da cirurgia e no suporte para o desenvolvimento do cuidado dos indivíduos. As pessoas submetidas a CRM consideram a família importante para manter sua qualidade de vida.⁴⁰

O adoecimento de um membro da família afeta todos os seus membros e relacionamentos, como por exemplo, quando ocorre o infarto agudo do miocárdio em um membro da família, há uma organização e modificação no funcionamento familiar, além de unir membros que estavam afastados por meio do apoio emocional oferecido a qualquer membro da família que necessite.⁴⁵

A família contribui no enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde e doença e também, nos problemas sociais que envolvem o cotidiano dos indivíduos que realizaram a CRM.⁴⁰ A realização dessa cirurgia tem como um dos aspectos essenciais para a reabilitação à presença da família. Os pacientes que realizaram CRM valorizam a presença dos familiares, desejam fazer coisas que ainda não fizeram na vida e almejam maior aproximação com os filhos.²⁶

Estudo revela que entre os membros da família, o cônjuge é uma das principais fontes de apoio ao paciente revascularizado, sendo ele considerado um indicador de suporte social para a recuperação pós-cirurgia, uma vez que, o companheiro fornece apoio psicológico e incentivo, elevando assim, a autoestima do indivíduo após a CRM. A família pode facilitar a adesão ao tratamento por meio de apoio social, emocional e financeiro dos revascularizados.⁴⁶

A família pode auxiliar nos cuidados demandados no período pós-operatório da CRM. O profissional ao conhecer os sentimentos que permeiam a alta hospitalar do paciente revascularizado, como a insegurança para realização dos cuidados na residência, pode oferecer orientações à família do indivíduo durante a hospitalização. Estas informações devem abranger conteúdos básicos sobre como agir após a alta hospitalar e podem ser

oferecidas por meio de folders educativos, que visem facilitar o cotidiano em casa e incentivem a recuperação após a CRM.³¹

Torna-se imprescindível inserir os familiares no acompanhamento ao paciente revascularizado, uma vez que eles também necessitam de informações e apoio para lidar com as mudanças provocadas pela manifestação de uma cardiopatia em um membro da família. Os profissionais de saúde necessitam desempenhar seus papéis de educadores, considerando tanto as alterações físicas como as emocionais dos indivíduos que realizaram CRM e seus familiares. Eles terão que aprender a conviver com a enfermidade e suas limitações, dessa forma, pode-se estabelecer metas que estimulem o esforço e continuidade dos cuidados.^{31,46}

CONCLUSÃO

As evidências da literatura analisada apontam para a necessidade de mudanças no estilo de vida da pessoa após a CRM. Identificou-se que os profissionais da saúde têm subsídios concretos que podem auxiliar no cotidiano dessas pessoas.

As necessidades de cuidado após a cirurgia incluem evidências sobre o uso de medicamentos e adoção de hábitos saudáveis. O cotidiano dessas pessoas sofreu alterações financeiras de acordo com o abandono ou retomada do trabalho desenvolvido profissionalmente.

Os fatores que influenciam negativamente o cotidiano após a revascularização miocárdica incluem as alterações do estado psíquico, como a ansiedade, depressão e perda da libido. No entanto, a diminuição dos sintomas anginosos foi identificada como uma influência positiva após a cirurgia, que proporciona bem-estar e reflete em melhor qualidade de vida.

O apoio familiar é importante nesse processo de recuperação, tendo em vista que a situação de adoecimento afeta todos os membros da família. Assim, destaca-se que a enfermagem, por meio das atividades de educação em saúde, pode proporcionar momentos de conversa sobre a necessidade de manutenção dos cuidados no período após alta hospitalar.

Nesta revisão percebeu-se que, embora tenham sido analisados diversos artigos da enfermagem, poucos trouxeram intervenções desses profissionais junto a indivíduos revascularizados com o intuito de auxiliá-los no processo de reabilitação pós-cirúrgica.

Compreende-se que com essas evidências é possível visualizar em que pontos há carências da intervenção profissional para contribuir na busca da qualidade de vida dos indivíduos revascularizados, seja em orientações ou até mesmo no suporte emocional necessário na fase de reabilitação, incentivo à busca da autonomia e reconstrução de sua identidade após esse evento impactante que é a CRM.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Brasília (DF); 2013. [citado 20 jan 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c08.def>
2. Organización Panamericana de La Salud. Información y Análises de Salud: Situación de Salud em Las Américas: Indicadores Básicos. Washington, DC, Estados Unidos da América; 2009.
3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever HH. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
4. Souza DSR, Gomes WJ. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008; 23(3):III-VII.
5. Moraes F. Apologia ao uso da dupla mamária. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011; 26(4):VI-VII.
6. Piegas LS, Bittar OJNV, Haddad N. Cirurgia de revascularização do miocárdio. Resultados do Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 93(5):555-60.
7. Teich V, Araujo DV. Estimativa de custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. *Rev Bras Cardiol.* 2011; 24(2):85-94.
8. Braile DM, Gomes WJ. Evolução da cirurgia cardiovascular. A saga brasileira. Uma história de trabalho, pioneirismo e sucesso. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(2):151-2.
9. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4):750-6.
10. Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-CE. *Rev Rene.* 2009; 10(3):37-43.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(4):758-64.
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm.* [periódico on line] 2006 [citado 20 jan 2013]; 14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17>
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
14. Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Rev Eletr Enferm.* [periódico on line] 2009 jun [citado 20 jan 2013]; 11(2):349-59. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a16.htm>
15. Rodrigues GRS, Cruz EA. Estruturas das representações sociais dos ajustamentos social de indivíduos revascularizados do miocárdio. *Rev Enferm UERJ.* 2008 abr/jun; 16(2):230-5.
16. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo FVC, Dornelas AA. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev Bras Fisioter.* 2006 jan/mar; 10(1):121-6.

17. Lima FET, Araújo TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. *Rev Bras Enferm.* 2005 set/out; 58(5):519-23.
18. McGillion M, Arthur HM, Cook A, Carroll SL, Victor JC, L'allier PL et al. Management of patients with refractory angina: Canadian Cardiovascular Society. *Can J Cardiol.* 2012 mar/apr; 28(2 Suppl):S20-41.
19. Drakos SG, Bonios M, Anastasiou-Nana MI, Tsagalou EP, Terrovitis JV, Kaldara E et al. Long-term survival and outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. *Clin Cardiol.* 2009 aug; 32(8):E4-8.
20. Sanchis J, Bodí V, Núñez J, Mainar L, Núñez E, Merlos P et al. Efficacy of coronary revascularization in patients with acute chest pain managed in a chest pain unit. *Mayo Clin Proc.* 2009 apr; 84(4):323-9.
21. Buser MA, Buser PT, Kuster GM, Grize L, Pfisterer M. Improvements in physical and mental domains of quality of life by anti-ischaemic drug and revascularisation treatment in elderly men and women with chronic angina. *Heart.* 2008 nov; 94(11):1413-8.
22. Lima FE, Araujo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Rev Gauch Enferm.* 2007 jun; 28(2):223-32.
23. Moser DK, Dracup K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom Med.* 2004 jul/aug; 66(4):527-32.
24. Seto TB, Taira DA, Berezin R, Chauhan MS, Cutlip DE, Ho KK et al. Percutaneous coronary revascularization in elderly patients: impact on functional status and quality of life. *Ann Intern Med.* 2000 jun; 132(12):955-8.
25. Rowe MA, King KB. Long-term chest wall discomfort in women after coronary artery bypass grafting. *Heart Lung.* 1998 may/jun; 27(3):184-8.
26. Remonatto A, Coutinho AOR, Souza ON. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* [periódico on line] 2012 [citado 22 jan 2013]; 2(1):39-48. Disponível em:
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829/3125>
27. Galter C, Rodrigues GC, Galvão ECF. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(3):255-8.
28. Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):163-88.
29. Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev Latino-Am Enferm.* [periódico on line] 2010 [citado 22 jan 2013]; 18(3):34-41. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf
30. Ponte KMA, Aragão AEA, Marques MB, Ferreira AGN, Vasconcelos MA, Silva MAM. Controle pressórico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Rene.* 2010; 11(4):118-26.
31. Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev eletr enferm* [periódico on line] 2008 [citado 20 jan 2013]; 10(2):504-12. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>
32. Carneiro AF, Mathias LAST, Júnior AR, Moraes NS, Gozzani JL, Miranda AL. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Rev Bras Anesthesiol.* 2009; 59(4):431-8.

33. Garbossa A, Maldaner E, Mortari DM, Biasi J, Leguisamo CP. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009; 24(3):359-66.
34. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & contexto enferm.* 2010; 19(2):283-90.
35. Andrade EV, Barbosa MH, Barichello E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):224-9.
36. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc saúde colet.* 2010; 15(7):3507-15.
37. Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Atividade sexual após infarto agudo do miocárdio. *Arq Cat de Med.* 2011; 40(2):30-3.
38. Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90(3):172-6.
39. Viana HB, Madruga VA. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. *Conexões Rev Faculdade de Educação Física UNICAMP.* 2008 jul; 6 (ed. especial):222-33.
40. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev Latinoam Enferm.* [periódico on line] 2008 [citado 22 jan 2013]; 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_01.pdf
41. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes f et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(5):537-44.
42. Souza EN, Quadros AS, Maestri R, Albarrán C, Sarmiento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(4):252-9.
43. Nery RM, Martini MR, Vidor CR, Mahmud MI, Zanini M, Loureiro A et al. Alterações na capacidade funcional de pacientes após dois anos da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010; 25(2):224-8.
44. Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F et al. Qualidade de vida na revascularização miocárdica. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(4): 238-44.
45. Wright L, Leahey M. *Enfermeiras e Famílias. Guia de avaliação e intervenção na família.* 5 ed. Editora Roca: São Paulo; 2012.
46. Lima FET, Magalhães FJ, Silva DA, Barbosa IV, Melo EM, Araujo TL. Alterações emocionais presentes nos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio. *Rev Enferm UFPE On Line* [periódico on line]. 2010 abr/jun [citado 22 jan 2013]; 4(2):785-91. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/976>

Recebido em: 07/03/2012

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 21/11/2013

Publicado em: 01/01/2014

Endereço de contato do autor correspondente:

Caren da Silva Jacobi

Avenida Roraima, 1000, Prédio 26, Cidade Universitária, Bairro
Camobi - Santa Maria - RS -CEP 97105-900