

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Expectativas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar

Expectations of patients submitted to myocardial revascularization surgery at the time of hospital discharge

Expectativas de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica en el momento del alta hospitalaria

Cibele Cielo ¹, Marlusse Silveira ², Éder Luís Arboit ³, Silviomar Camponogara ⁴

ABSTRACT

Objective: recognizing the expectations of patients submitted to myocardium revascularization surgery at the time of hospital discharge. **Method:** a descriptive-exploratory study of a qualitative approach carried out with ten patients in post-operative myocardium revascularization surgery of a university hospital in the south of Brazil. The data were collected from July to August, 2012, through a semi-structured interview and were analyzed based on content analysis. **Results:** the results were grouped into a category that focuses on patients' expectations facing the recovery process and returning to daily activities. It was found out that this phase is challenging for the subjects, in special with feelings of anxiety and worry about the future, besides having weaknesses in relation to the knowledge about changes of habits imposed by the process of illness. **Conclusions:** surgery causes a significant impact on the patients' lives, thus being necessary the effective intervention by the nursing staff, in order to optimizing the recovery process. **Descriptors:** Nursing, Nursing care, Myocardopathies, Myocardium revascularization, Patient's discharge.

RESUMO

Objetivo: conhecer as expectativas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado com dez pacientes pós-cirúrgicos de revascularização miocárdica de um hospital universitário do sul do Brasil. Os dados foram coletados de julho a agosto de 2012, utilizando-se entrevista semiestruturada e analisados por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** os resultados foram agrupados em uma categoria que versa sobre as expectativas dos pacientes frente ao processo de recuperação e retorno às atividades diárias. Evidenciou-se que essa fase mostra-se desafiadora para os sujeitos, sobressaindo-se sentimentos de ansiedade e preocupação com o futuro, além de terem fragilidades em relação ao conhecimento sobre as mudanças de hábitos impostas pelo processo de adoecimento. **Conclusões:** a cirurgia provoca um impacto significativo na vida dos pacientes, sendo necessária a intervenção efetiva da enfermagem, a fim de otimizar o processo de recuperação. **Descritores:** Enfermagem, Cuidados de enfermagem, Miocardiopatias, Revascularização miocárdica, Alta do paciente.

RESUMEN

Objetivo: conocer las expectativas de pacientes sometidos a cirugía de revascularización del miocárdio en el momento del alta hospitalaria. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio de enfoque cualitativo realizado con diez pacientes postquirúrgicos de revascularización miocárdica de un hospital universitario del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados de julio a agosto de 2012, utilizándose la entrevista semiestructurada y analizados por medio del análisis de contenido. **Resultados:** los resultados fueron agrupados en una categoría que trata de las expectativas de los pacientes frente al proceso de recuperación y retorno a las actividades diarias. Mostróse que esta fase es desafiadora para las personas, especialmente por sentimientos de ansiedad y preocupación con el futuro, además de tener fragilidades en relación al conocimiento sobre los cambios de hábitos impuestos por el proceso de la enfermedad. **Conclusiones:** la cirugía provoca un impacto significativo en la vida de los pacientes, siendo necesaria la intervención efectiva de la enfermería, con el fin de optimizar el proceso de recuperación. **Descriptor:** Enfermería, Cuidados De Enfermería, Miocardiopatías, Revascularización miocárdica, Alta del paciente.

Estudo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Percepções de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardiovascular sobre a alta hospitalar: implicações para a enfermagem", de autoria de Cibele Cielo, vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - RS, 2012.

¹Enfermeira. Residente em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia de Porto Alegre. E-mail: cibececielo@yahoo.com.br;

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: lussisilveira@yahoo.com.br;

³Enfermeiro, Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade de Cruz Alta - Unicruz. E-mail: eder.arb@bol.com.br;

⁴Enfermeira; Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis, por um terço do total de mortes, tornando-se um problema de saúde pública de primeira grandeza. Cerca de quinze milhões de pessoas morrem, por ano, no mundo, vítimas de doenças cardiovasculares.¹ No Brasil, esta é a principal causa de morte, vitimando cerca de 300.000 pessoas por ano.² Caracterizam-se como doenças crônicas, não transmissíveis, que causam grande impacto na vida das pessoas, principalmente pelo afastamento empregatício e a limitação nas atividades do cotidiano.

O tratamento da doença cardíaca pode ser clínico ou cirúrgico, ambos com o objetivo de restabelecer a capacidade funcional do coração, de forma a diminuir a sintomatologia e proporcionar ao indivíduo o retorno às suas atividades cotidianas. Nesse sentido, com o avanço da tecnologia, a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) tem se caracterizado como uma possibilidade de intervenção, a qual resulta em benefícios para o paciente.³

Trata-se de um procedimento cirúrgico, que consiste em um processo de restabelecimento e preservação das capacidades vitais.⁴ No ano de 2011, no Brasil, foram realizadas cerca de 100 mil cirurgias cardíacas. Dessas, mais de 50% foram relacionadas à CRM, cujo índice é comparável à literatura internacional.⁵ Assim sendo, a intervenção cirúrgica configura como oportunidade para a manutenção da vida do paciente, associada às necessidades de enfrentamento das significativas mudanças no estilo de vida.⁶

A CRM vem ganhando espaço nos serviços de cardiologia, uma vez que está indicada como tratamento para a dor anginosa, proteção do miocárdio isquêmico, melhora da função ventricular, prevenção de novos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), bem como, na recuperação física, psíquica e social da pessoa, melhorando sua qualidade de vida.⁷ Assim sendo, muitas vezes, os pacientes estão focados nas limitações provenientes da doença e acabam trazendo a esperança de que tais limitações serão superadas por meio do procedimento.⁸

Algumas das estratégias utilizadas pelos pacientes, visando o enfrentamento da cirurgia consistem no apoio familiar, na utilização de recursos espirituais e na participação em programa de reabilitação que, além do condicionamento físico, possibilitam a interação social.⁴ Acredita-se que o procedimento é uma possibilidade concreta para o prolongamento da qualidade de vida e saúde dos pacientes cardiopatas, incluindo, ainda, um significativo aumento da expectativa de vida desses indivíduos, que ao viverem mais, precisam buscar melhores práticas de saúde, que agreguem ao seu cotidiano hábitos mais saudáveis e de qualidade de vida, que promovam seu bem estar.⁹

Nesse sentido, torna-se importante que a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, esteja atenta as expectativas e necessidades do paciente que se submete a uma CRM, já que este é um procedimento que, normalmente, gera medo e ansiedade. A comunicação entre paciente/equipe é essencial para que estes estabeleçam vínculos, os

quais facilitam a compreensão do significado dessa experiência na vida do usuário e também de seus familiares.

Neste sentido, a comunicação adequada e efetiva, oportuniza que os pacientes compreendam a necessidade de aderir ao tratamento. Esse vínculo constitui-se em uma ferramenta que diferencia a assistência prestada, a qual adquire um formato mais singular perante as necessidades do paciente/família. O paciente com doença cardíaca coronária requer atenção da equipe de saúde na sua totalidade, visto que além da incidência e gravidade da doença, fatores sociais e ambientais precisam ser conhecidos para intervenção profissional.¹⁰

Diante da problemática exposta, o presente estudo tem como questão norteadora: quais são as expectativas de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar? Neste sentido, objetivou-se conhecer as expectativas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado com dez pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardíaca de um hospital universitário do sul do Brasil. Elencou-se como critérios de inclusão: pacientes com 36 a 48 horas de pós-operatório, estar em adequadas condições hemodinâmicas e adequada orientação auto e alo-psíquica. Definiram-se como critérios de exclusão aqueles que não se enquadrassem nos critérios acima.

A coleta dos dados ocorreu durante os meses de julho a agosto de 2012, por meio da entrevista semiestruturada e obedecendo a um roteiro apropriado. As entrevistas foram realizadas em local reservado e livre de movimentação. Com o intuito de registrar integralmente o depoimento dos sujeitos, as entrevistas foram gravadas, assegurando-se assim um material rico e fidedigno que, posteriormente, foi transcrito na íntegra. O encerramento da coleta de dados obedeceu ao critério de saturação de dados.

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo,¹¹ obedecendo as seguintes etapas: reunião do *corpus* de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias de análise, e, análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente.

Respeitando-se os preceitos éticos e legais das Resoluções 196/96¹², pois, era esta que estava em vigência no período de realização do presente estudo. e objetivando garantir a privacidade, os sujeitos foram identificados pelo código E (de entrevistado) seguido de ordem numérica conforme sequencia de realização das entrevistas. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, em 13/06/2012, sob o número do CAAE 04135912.3.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo masculino (80%). Os participantes possuíam uma variação de idade entre 33 a 78 anos, ficando 40% dos entrevistados na faixa etária de 50 a 60 anos de idade. A maioria possuía primeiro grau incompleto e 80% dos entrevistados desempenhavam alguma atividade laboral, tais como: agricultura e transporte de cargas. A análise dos dados resultou na construção de uma categoria que versa sobre as expectativas frente o processo de recuperação e retorno às atividades diárias. Esta categoria subdivide-se em duas subcategorias: os desafios após a cirurgia e o retorno das atividades cotidianas.

Expectativas frente o processo de recuperação e retorno às atividades diárias.

Os desafios após a cirurgia

Muitos avanços têm ocorrido na cirurgia cardíaca, tornando a correção cirúrgica de uma variedade de lesões cardíacas uma opção terapêutica viável, para um número cada vez maior de pacientes com doenças cardiovasculares. Apesar do aumento nos riscos, particularmente relacionados à idade e doença avançada, os pacientes cardíacos cirúrgicos atualmente desfrutam de melhores condições de cirurgia, do que quando comparados àqueles operados há dez anos.¹³

Porém, observou-se que o adoecimento é um marco na vida desses sujeitos, sendo que, a partir desse momento, uma nova caminhada se inicia repleta de desafios e adaptações. Quando questionados sobre como imaginam suas vidas, após a cirurgia, percebe-se que os sujeitos manifestavam ansiedade e preocupação com esse futuro próximo, pois acreditam que levarão uma vida um tanto sofrida devido às limitações impostas pelo adoecimento. O depoimento a seguir explicita melhor esta realidade:

Vai ser sofrida [...] não tenho paciência de ficar em casa, a ansiedade faz engordar, isso é meu medo [...] muda tudo [...] então vai ser difícil [...] vou ter que enfrentar. (E2)

Problemas cardiovasculares interferem intensamente no modo de viver, pois há necessidade de reestruturação no seu estilo de vida. Assim sendo, evidencia-se que para o depoente, sua vida será difícil após a cirurgia, tendo que enfrentar isso de qualquer forma. Tornar-se um portador de doença crônica significa trazer consigo diferentes incumbências, que, geralmente, interferem no modo de viver do paciente e familiar. Desta forma, exige que ambos visualizem e compreendam a sua nova condição de saúde para que, desta forma, possam conviver e enfrentar o contexto de vida trazido pela doença.¹⁴

A aceitação de uma doença crônica é um desafio, pois vários determinantes contribuem para a não adesão ao tratamento. Entre eles estão: ausência de conhecimento sobre a doença, ou de motivação para tratar uma patologia assintomática e crônica, o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças, baixa autoestima e tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato dos

profissionais com os indivíduos faltosos, vínculo fraco com a equipe de saúde, entre outros.¹⁵

A adoção de hábitos de vida saudáveis, mudanças na alimentação, prática de atividades físicas, o uso correto dos medicamentos e o autocuidado são vistos, muitas vezes, como tarefas difíceis, impostas pelo adoecimento. Os pacientes podem negar as mudanças decorrentes das limitações que o adoecimento traz, assim negando também a doença. Muitos buscam na continuidade de suas atividades diárias a prova de que a doença não os atingiu, tentando provar para si mesmos que o corpo ainda continua íntegro.⁸

O diagnóstico de doença coronariana proporciona, ao paciente, sensações de grande sofrimento emocional, em razão do medo da morte, de ficar inválido, do desconhecido, da solidão, da depressão e da angústia, uma vez que o coração é tido como um órgão nobre e vital. Acredita-se que essas sensações, por um lado, potencializam o estresse e a ansiedade, agravando o quadro clínico, mas, por outro, podem incentivar a prática imediata do autocuidado.¹⁶ As experiências da doença e da cirurgia cardíacas marcam uma ruptura no modo de viver, trabalhar e compreender o processo saúde-doença.¹³

Observa-se que as marcas físicas deixadas pela cirurgia também geram sofrimento. A cirurgia confere certo *status* e a cicatriz representa a marca de que o paciente é um sobrevivente, remetendo a ideia de renascimento. Ao mesmo tempo, a incisão pode representar a marca de que o corpo foi violado, de que a integridade do corpo foi rompida, gerando sofrimento e expectativas em relação à qualidade de vida e retorno do trabalho.¹⁷ Tal preocupação é evidenciada na manifestação abaixo.

Eu penso que é complicado trabalhar novamente, é difícil [...] já vinha com dificuldades e agora com tudo isso aí quem vai dar serviço para um cara assim"? Quem vai querer um cara infartado, com todos esses cortes aí? (E2)

Essas marcas, que os acompanharão por toda a vida não raro trarão, ao pensamento, as lembranças desse momento, o que também poderá contribuir para fragilização desses sujeitos. Assim, o contexto da doença, não raramente, traz para a vida do paciente um aspecto de fragilização, pois, a doença não coloca apenas a ameaça de morte real, mas, também, acaba causando várias perdas que acarretam experiências de “mortes simbólicas”.¹⁸ O trabalho, nesse contexto, é compreendido como condição essencial no processo de viver; tanto que os sentimentos de inutilidade e incapacidade provenientes da impossibilidade de ser produtivo são constrangedores para os sujeitos. Pode-se deduzir que, apesar de a cirurgia cardíaca ser uma terapêutica que resulta em vantagens, em termos de qualidade de vida, pode impactar significativamente na vida do paciente, e muitas vezes, com aspectos assustadores.¹⁹

A dependência de outras pessoas para as atividades do cotidiano também foi um problema a ser enfrentado no período de reabilitação, especialmente no sentido de assumir as limitações que a doença impõe e de adotar mudanças no estilo de vida. Os depoimentos a seguir explicitam melhor esta questão:

Só que agora com essa situação vai ser difícil [...] então já estou um pouco preocupado e eu nem tenho tempo de serviço para me aposentar. (E2)

Já mudou [...] só de pensar que não vou poder fazer aquilo que tenho vontade (trabalhar), que é a coisa mais comum, tu já fica [...]

retraído [...] em vez de eu fazer vou ter que mandar alguém fazer. (E1)

Quando as pessoas não são capazes de realizar as atividades com a mesma qualidade que realizavam, sentem-se desvalorizadas e insatisfeitas, acarretando mudanças na percepção de seu papel dentro do contexto familiar, profissional e social. Essa condição de dependência provoca conflitos que se configuram como perda da autonomia acarretada pela redução da capacidade física, comprometendo as metas almejadas²¹. Acredita-se que, inicialmente o grau de dependência desses sujeitos seja maior, necessitando ainda mais do auxílio e apoio dos familiares e profissionais da saúde.

Entretanto, é fundamental que, passado esse período, os sujeitos adquiram autonomia e recomecem, aos poucos, a desempenhar tarefas de vida cotidiana. A partir da conjunção de tais fatores, apresenta-se um impasse. É necessário que os indivíduos mantenham seus planos e suas trajetórias, de forma que haja um senso de continuidade em suas vidas. No entanto, tais trajetórias já não podem ser as mesmas anteriormente pensadas e precisam ser resignificadas. As impossibilidades do corpo impõem tais resignificações, que não são facilmente construídas pelos indivíduos.⁸

Diante do sofrimento vivenciado, no pós-operatório imediato, um dos entrevistados mostrou-se decidido a abandonar o vício de fumar.

Significa tudo, uma mudança [...] eu fumava, eu bebia, e agora não vou fazer mais [...] eu fumei até um dia antes da operação [...] dá muito mais valor a vida [...] depois que fui operado veio o sofrimento, a tristeza. (E2)

Situações de crise e ansiedade como a admissão hospitalar, podem motivar pacientes a parar de fumar sensibilizando-os para outras mudanças. Entretanto, a abstinência pode desencadear irritabilidade, inquietação, piora da concentração, sintomas depressivos, além de outros sinais/sintomas. Assim, o período de hospitalização pode ser usado pela equipe multidisciplinar, para sensibilizar pacientes e familiares ao abandono do hábito.¹⁶

Desta forma, percebe-se que, quando ocorre a inserção desses pacientes em programas de reabilitação, adaptar-se as mudanças torna-se um processo menos árduo e auxilia-os a visualizar esse futuro próximo como uma oportunidade para mudanças, que lhes tragam uma vida com mais qualidade. Ressalta-se, neste contexto, a importância do olhar diferenciado por cada núcleo profissional da equipe multiprofissional para os pacientes, o que ratifica a necessidade de extrapolar as barreiras da doença cardiovascular.¹⁸

Considerando estes fatores, cabe aos profissionais de saúde fornecer orientações sobre as práticas essenciais de autocuidado pós-cirúrgico, principalmente, pelo fato de algumas pessoas considerarem a ausência de sintomas como significado de cura, permitindo-se voltar a viver “perigosamente”, isto é, desfrutando de prazeres “proibidos” para quem já apresentou alterações cardiovasculares.¹⁵ Os depoimentos a seguir demonstram isso.

Para mim vai ser normal, como era. (E10)

Tenho que me cuidar pelo menos uns dois a três meses [...] tenho que me cuidar no alimento, não posso forçar [...] lazer que a gente tinha [...] vai diferenciar um oito [...] mas é que to velho já, aposentado, mas algum servicinho tenho que fazer. (E4)

Muitas vezes, depois de passado o episódio agudo, a prática de autocuidado pode ser abandonada ou seguida de forma irregular pelos usuários¹⁵. Comumente as pessoas recorrem à medicação quando percebem alguma alteração fisiológica. Esse comportamento representa um déficit no autocuidado, que pode ocasionar inúmeras complicações ou lesões em órgãos alvo, e é acentuado quando o indivíduo faz uso de grande número de medicamentos, como no caso dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de revascularização. Contudo, deve-se atentar, também, para o fato de que, alguns sujeitos, não comparam sua capacidade após a cirurgia ao período pré-cirúrgico, mas sim ao período anterior ao adoecimento.⁸

Nota-se uma expectativa de que a cirurgia traga outra possibilidade de vida. Nesse âmbito, a perspectiva de alguns pacientes sobre os resultados da cirurgia nem sempre é realista. O que também pode dificultar isso é o fato de que estes pensam que, pelo resto de suas vidas, terão de obedecer a ordens de terceiros, em especial os médicos, como visto a seguir.

Vou tentar levar ela como o doutor mandar, se ele dizer tu não pode comer carne gorda, tu não pode fazer isso ou aquilo, não vou fazer mais [...] vou ter que respeitar os médicos [...] tudo vai ser diferente agora. (E5)

Eu imagino que vai ser uma vida mais cuidadosa [...] se ele (doutor) te disser não pode comer carne gorda, não vou comer [...] não vai arrancar esse palanques eu deixo [...] então fico bem consciente, tenho que me cuidar. (E7)

Acredita-se que fica mais difícil a adaptação aos cuidados, quando as mudanças partem de terceiros e não da própria pessoa. Entretanto, visualiza-se, muitas vezes, que a prática médica, assim como as demais práticas realizadas por outros profissionais da área da saúde, focalizam suas ações na apreensão daquilo que recortam como necessidades de saúde de forma objetiva. No entanto, esse recorte não abarca a totalidade e a complexidade dos problemas de saúde da pessoa, visto que a mesma dificilmente é ouvida quanto às prioridades que estabelece para sua própria saúde.²⁰

Dessa forma, só poderão fazer escolhas verdadeiramente livres as pessoas que compreendem o que se passa em seu próprio corpo, que seguem normas não porque estas lhe foram impostas por algum profissional, mas porque as compreendem e sabem que elas ampliam suas potencialidades de serem felizes.²¹

A fase de recuperação e reabilitação do indivíduo revascularizado é muito importante. O objetivo da reabilitação cardíaca não é somente melhorar a capacidade funcional cardiovascular, com isto melhorando a qualidade de vida, mas também controlar fatores de risco coronariano, reduzindo a probabilidade de recorrência e diminuindo a morbidade e mortalidade. Para promover a reabilitação após a cirurgia de revascularização do miocárdio, as pessoas precisam, muitas vezes, mudar comportamentos deixar de fumar, controlar o estresse, mudar a dieta e assumir novas tarefas como: a prática exercícios físicos e uso medicamentos.¹³

Nesse sentido, percebe-se que, alguns sujeitos, já possuem essa noção no momento das entrevistas.

Significa que mais e mais eu preciso dos amigos e das pessoas [...] não tenho palavras para dizer tudo o que eu sinto. (E8)

Vai ser praticamente outra vida [...] não vou poder forcejar mais, não vou poder dirigir [...] caminhão nem pensar [...] tentar emagrecer mais [...] ter uma vida melhor, mais saudável. (E1)

Que vai mudar vai [...] trabalhar não quero mais, quero vida boa [...] mas vida boa que eu digo é assim, não é festa e coisa, é ficar lá por casa, ver os parentes que moram tudo na volta e a gente não vê. (E6)

Além de visualizarem que as mudanças serão necessárias, nesse momento, esses sujeitos buscam também ressignificar suas redes de relações sociais. Dessa forma, a cirurgia também pode ser concebida em seus aspectos potencializadores, servindo como um meio a partir do qual os sujeitos podem reorganizar suas vidas e suas relações.²² A consciência de maior cuidado consigo e com os outros, parece ficar registrada no depoimento acima, destacando as construções que acontecem ao longo da vida em seus aspectos processuais.

Por outro lado, pode haver certo estranhamento dos sujeitos com relação às vivências com o novo corpo, suas potencialidades e limitações. Em outras palavras, o procedimento parece possibilitar uma reavaliação duvidosa sobre o uso de seus próprios corpos.⁸

Talvez eu vá me cuidar mais [...] não fazer certos trabalhos forçados [...] imagino que vai ser mais regrada [...] eu não vou trabalhar tanto como eu já trabalhei até hoje. (E8)

Não sei [...] espero que seja melhor, mas não sei por que eu sofri muito [...] que eu não sinta dor. (E3)

Diante das expressões “talvez” e “não sei” parece haver dúvida, por parte dos sujeitos, sobre sua capacidade de reconhecer suas possibilidades e limitações. Após o procedimento, o que parece estar em jogo é um processo de reconhecimento de si mesmo, dos limites do corpo. A integridade corpórea é significada como rompida e tal realidade parece ser refletida, por vezes, na impossibilidade de realizarem-se planos para o futuro. Trata-se da vivência de um processo de adequação das expectativas anteriores à cirurgia, que parece depender intrinsecamente das referências de cada um sobre o processo.⁸

O retorno das atividades cotidianas

Nesta subcategoria serão discutidos alguns aspectos relacionados ao trabalho, lazer, atividade física, alimentação e sexualidade. Evidencia-se que, para a população trabalhadora, a incapacidade para trabalhar coloca-se como pressuposto para o reconhecimento da doença. O trabalho, em tal contexto, tem um peso significativo, na medida em que o corpo é fonte de subsistência. A incapacidade para esse fazer, pode trazer sentimentos de desintegração social e perda da identidade, na medida em que o trabalho é o meio pelo qual os sujeitos têm o seu reconhecimento enquanto tais.¹⁴

Diante disso, percebe-se que, para os entrevistados, o trabalho possui um significado especial em suas vidas e quando questionados sobre este aspecto, após a cirurgia, ficam emocionados ao pensarem que não poderão mais exercê-lo.

Vou te contar [...] vai ser difícil parar [...] sinceramente vou te dizer que se eu pudesse voltar a trabalhar amanhã eu voltava [...] só que não tem condições. (E6)

Eu imagino que vai ser difícil (choro) me adaptar no início. (E8)

Isso que eu acho ruim [...] eu sempre trabalhei muito [...] e não é dizer que eu trabalhava pouquinho, de sol a sol, serviço pesado, judiado [...] hoje a saúde não ajuda! (E2)

Olha vai ser dificultoso para mim [...] vou ver se mudo o modo de viver. (E4)

O doutor já me proibiu não posso carregar peso, levantar peso, não posso fazer mais nada [...] vou tentar entrar na justiça para ver se me aposento. (E5)

As doenças cardiovasculares, cada vez mais, atingem uma população jovem e em idade produtiva. Tal fato desencadeia grandes impactos na vida desses sujeitos, já que o trabalho confere às pessoas independência financeira e identidade social. Os depoimentos transpassam a emotividade desses sujeitos, ao abordarem tal assunto e a angústia por acreditarem não poderem desempenhar mais tarefas e atividades através das quais concebiam suas identidades.¹⁴

Além disso, esses depoimentos mostram que os entrevistados desempenham papéis de cunho familiar, dedicando-se à manutenção do seu lar e cuidado com a família. Percebe-se, desta forma, que o adoecimento também gera repercussões para a vida das pessoas que convivem e dependem desses sujeitos. Esse fato, dependendo da singularidade de cada um, pode constituir um agente estressor, que, por sua vez, pode favorecer o surgimento de novas complicações cardíacas. Portanto, estes pacientes requerem apoio também na esfera psicológica e social, para lidar com situações estressantes e conviver com a doença crônica.⁸

Revelam-se concepções do corpo como instrumento de trabalho e da normalidade física e mental subordinada à capacidade de trabalhar, presentes nas sociedades capitalistas urbano-industriais e que impregnam o senso comum e também a área da saúde.²³ Essas concepções, fundamentadas na racionalidade econômica, difundem-se em outras, que denotam desonra do chefe de família incapacitado para o trabalho e envergonhado diante de sua dependência e das dificuldades financeiras da família.²⁴ De maneira breve um dos sujeitos expõe essa preocupação.

Penso que forcejar eu não vou poder mais [...] tem que ter um limite [...] vou botar uma pessoa para me ajudar. (E10)

Considera-se, portanto, que depender de outrem, possivelmente, acentua o sentimento de impotência dos indivíduos. Diante da impossibilidade do desempenho de tarefas a partir das quais anteriormente eram reconhecidos, parece haver a necessidade de que outros parâmetros de reconhecimento social sejam construídos.⁸ Nesse aspecto, entende-se que a dimensão do trabalho pode mostrar-se vinculada ao bem-estar material, por sua vez entendido como condição necessária para a promoção da independência e autonomia.

Assim, a cirurgia parece ser percebida, pelos sujeitos, como associada à limitação para atividade laboral, havendo repercussões psicoemocionais importantes dessa situação, em termos de percepção de baixa auto estima e dependência financeira,²⁵ como podemos observar abaixo.

Acho que o trabalho vai ser meio difícil [...] diz que não pode forcejar, acho que fazer as lidinhas em casa pode né? [...] mas não sei, não sei de nada. (E3)

Trabalho, não vai dar mais [...] ninguém conversou comigo [...] vai depender do que o médico vai dizer depois que eu estiver bem cicatrizado [...] vamos ver o que ele vai dizer. (E9)

Contudo, percebe-se a esperança, por parte dos entrevistados, ao referirem não saber de nada, mas que tudo vai depender da orientação médica. Para tanto, cultivar a esperança de que poderão voltar a realizar algumas atividades lhes traz conforto. Assim, é importante que, desde os primeiros dias após a alta, esses pacientes já tenham noção de que podem, na medida do possível, desempenhar pequenas tarefas que os façam sentir-se participantes e válidos perante seu próprio autocuidado e nos afazeres diários. Com o passar dos dias, evoluindo bem seu quadro de saúde, o retorno às atividades laborais que não exijam esforço físico para além das capacidades desses sujeitos será gradual.

Outro aspecto, mencionado pelos participantes deste estudo, refere-se ao lazer. A cirurgia parece colocar os sujeitos frente a uma realidade na qual o corpo, e, portanto, as suas vidas, não estão mais íntegros. Nesse sentido, o procedimento, ao confrontar os entrevistados com a sua finitude,¹⁹ parece significar um rompimento. Os sujeitos referem que planos não podem mais ser feitos, pois a cirurgia remete ao fato de que não se pode ter mais certeza sobre a vida.⁸

Além disso, a partir do que esses entrevistados consideram lazer, após a cirurgia, este pode não mais existir, como visto nos depoimentos.

Lazer é a família, em casa, churrasquinho, pescaria no verão, isso aí. (E1)

Eu gostava de estar numa cancha de bocha jogando, num bar, num rio tomando banho [...] mas devagarinho vou ter que mudar, não adianta [...] vamos ver o que o doutor vai me falar quando me der alta. (E5)

No último depoimento, observamos que o sujeito fica restrito/dependente das orientações médicas, para que então, a partir delas, possa fazer suas escolhas. Destarte, num primeiro momento, as compreensões das limitações parecem ser bastante contundentes em diversos aspectos da vida dos sujeitos. Tais limitações parecem ser significadas como um rompimento do fluxo cotidiano de suas atividades, gerando um movimento que remete a aspectos depressivos.

Tais aspectos não são, necessariamente, considerados negativos, na medida em que podem implicar num caráter de reflexão, questionando parâmetros segundo os quais é realizada a condução da vida pelos entrevistados.⁸

É, por enquanto jogo de bocha que eu gostava não vou poder [...] mas aí depois com o passar vamos ver como é que fica! (E7)

Eu gosto de trabalhar e de estar em casa. (E10).

Gostava de jogar bocha [...] acho que vou ter uma vida pacata, meio difícil [...] tu sair do trabalho e numa semana para a outra tu te fincar para dentro de casa e não poder sair mais. (E2)

Perante o depoimento de que a vida, após a alta hospitalar, será pacata, acredita-se que esses sujeitos consideram suas atividades laborais seu único meio de lazer. Portanto, na impossibilidade de desempenhá-lo, os sujeitos não encontram/consideram outras atividades que exijam menos esforço físico/sem fins lucrativos como práticas de lazer. Verificou-se que a maior parte dos entrevistados relatou não ter nenhum tipo de lazer. Este

comportamento favorece o surgimento do estresse, o qual pode associar-se com outros fatores de risco e causar alterações cardiovasculares.

O lazer foi representado, por alguns dos sujeitos, como um passatempo qualquer ou como a fuga da solidão, já que alguns referiram buscar espaços que lhes permitam o convívio com outras pessoas. A maioria dos entrevistados concebem as atividades de lazer como algo fútil, destituídas de um significado que lhes traga bem estar e saúde, como se visualiza nos depoimentos a seguir.

Acho que vai ser bom. (E3)

Vai diferenciar um pouco claro [...] eu tenho uma barzinho, vai ser bem ruim, mas quero ver se mantenho ele [...] já que aconteceu isso, eu não esperava, vamos ver se mudo de vida. (E4)

Vai ser bom, tem dois mercadinhos lá perto de casa, de manhã vou num ler jornal e de tarde vou no outro, e passo ali, zanzando. (E6)

Procurar viver mais a vida e trabalhar menos. (E8) “Acho que vou continuar [...] gostava de ir no CTG (Centro de Tradições Gaúchas) dançar. (E9)

Neste sentido, o profissional enfermeiro, juntamente com os demais membros da equipe de saúde, devem atuar, em parceria com a família, no incentivo e na promoção de atividades recreativas, com o intuito de reduzir o estresse e normalizar a pressão arterial, minimizando, assim, o risco de complicações e favorecendo a melhoria da qualidade de vida.¹⁶ Dessa forma, as atividades físicas e de lazer devem ser estimuladas pelos profissionais, e percebidas pelos pacientes como algo integrado a vida, de maneira natural. Isso pode indicar que, a autonomia para o exercício das atividades de vida diária, reflete bons estados de saúde.²⁵ Promover a saúde significa, portanto, fortalecer o equilíbrio entre todos os fatores com ela relacionados, inclusive as atividades de lazer. A maneira como o indivíduo lida com o próprio corpo e seu estado de saúde é o que determinará seu comportamento e suas escolhas.

Existem evidências demonstrando que a prática da atividade física é benéfica na prevenção primária e secundária da doença cardiovascular, bem como na saúde em geral²⁵. Nas últimas décadas, a atividade física tem sido incorporada no tratamento do paciente portador de doença cardiovascular³⁰ sendo benéfica na reabilitação cardíaca pós-operatória.²⁶ Observa-se que os sujeitos desse estudo não possuíam o hábito de tal prática, relacionando as atividades de trabalho com exercício físico, como observado a seguir.

Só correr, correr todo dia de caminhão então era só o que eu fazia” E6. “Não isso aí não, só no serviço, mas não parar. (E4)

Exercício quase todos eu fazia dentro da firma trabalhando. (E9)

A partir do momento em que, estes sujeitos, consideram seu trabalho como a única atividade física desenvolvida em seu dia-a-dia constatou-se que os exercícios físicos ficavam restritos às atividades laborais, não havendo uma concepção mais específica de movimento corporal além do ambiente de trabalho. A inatividade física tem sido considerada um fator de risco importante das doenças cardiovasculares, sendo uma aliada nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Uma vez que a atividade física apresenta tantos benefícios em relação à saúde, é razoável supor que ela também possa se constituir num fator de proteção para pacientes

candidatos à cirurgia de CRM e não apenas como reabilitação após o procedimento cirúrgico.²⁷ Estudo³⁸ mostrou que, concomitantemente, há um efeito positivo da cirurgia cardíaca na promoção de hábitos de vida saudáveis em relação à prática da atividade física, que passou a ser realizada, mais frequentemente, depois da cirurgia. Apesar de a investigação²⁸ apontar os benefícios da atividade física, iniciada ainda antes da cirurgia, essa realidade ainda não é comum em nosso meio.

Percebeu-se que, embora os pacientes relatem dificuldade de cumprir esta prática de autocuidado, os sujeitos já se conscientizaram sobre a importância e necessidade de exercê-la. Observa-se que a atividade física não é vista com uma forma de bem estar/qualidade de vida e sim uma condição imposta pelo adoecimento, ou seja, ao deparar-se com o adoecimento o sujeito se vê na obrigação de praticar algum exercício.

Ah, vou ter que fazer alguma coisa [...] para começar não posso engordar [...] vou ter que me controlar, na alimentação e fazer uns exercícios, umas caminhadas [...] agora a saúde mesmo requer que faça isso. (E6)

Ainda parece haver certa dificuldade, no entendimento da população em geral, de que o exercício físico deve ser uma atividade regular. Acredita-se que, a prática diária de atividade física, produz efeitos favoráveis como a diminuição da ansiedade, atenua o estresse emocional, diminui as desordens metabólicas e melhora a capacidade vasodilatadora em diferentes leitos vasculares.²⁵ Alguns sujeitos acreditam-se impossibilitados de praticar atividade física.

Pois é aí que tá [...] eu só caminhava ou andava de bicicleta [...] mas não pretendo fazer isso tenho muita dificuldade nas pernas. (E2)

Eu fazia na academia [...], pois agora não sei se vai dar para fazer. (E3)

É tudo complicado [...] não adianta [...] eu corria até antes de fazer a cirurgia e agora não vou poder nem correr mais. (E5)

Por enquanto não pensei ainda. (E9)

Ainda não pensei nisso ainda. (E10)

Em contraponto, deve-se dar atenção para esses depoimentos uma vez que, para muitas pessoas, a atividade física não é bem aceita. A cirurgia pode ser para esses sujeitos, um argumento que os impede de desempenhá-las. Além disso, ao sentirem-se relativamente bem podem não perceber a necessidade de alterar seu habitual estilo de vida, já que a mudança de hábitos de vida é difícil, permanecendo como grande desafio.²⁹ Pode-se dizer que as abordagens educativas, no momento da alta hospitalar, incentivam as alterações no estilo de vida, entre elas a prática de uma atividade física regular, o que tem uma influência favorável, pois, a cirurgia pode ser um impulso para a reestruturação do dia-a-dia desses sujeitos.

Outro aspecto, que tem fundamental importância para os pessoas submetidas à revascularização miocárdica, está relacionado a alimentação. Para os sujeitos do estudo, fica evidente que será necessária uma reestruturação dos hábitos alimentares. Entretanto, essa necessidade de mudança, imposta pela própria condição da doença, acarreta estresse,

porque os desejos são reprimidos e as pessoas ficam divididas entre a vontade de comer e a proibição, sabendo que, se infringirem a dieta alimentar, podem sofrer danos.¹⁶

No momento da alta hospitalar, os sujeitos acreditam que serão necessárias mudanças nos hábitos alimentares, o que os deixa preocupados.

Pois é [...] essa vai ser diferente [...] o sal para mim é veneno, tenho pavor de sal [...] agora a gordura eu adoro. (E4)

Vai ter que mudar [...] devagarinho o cara vai [...] não tem quem não mude. (E5)

Eu acho que vai ser difícil [...] eu comia carne gorda, fazia mandioca frita tudo nadando na banha [...] e agora nada mais [...] o cara fica triste, vê os outros comendo e não poder comer. (E7)

Mudar os hábitos alimentares aparece, nos depoimentos, como um dos maiores desafios que terá que ser superado pelos sujeitos. As preferências palatáveis estão intimamente ligadas aos costumes transmitidos por décadas e nas tradições propagadas entre gerações, favorecendo as predileções por um determinado paladar. Assim, o paladar não é facilmente alterado por políticas públicas, fundamentadas no argumento médico de que certos alimentos têm maior valor nutritivo. Os elementos culturais das pessoas são desenvolvidos através de um processo minucioso e, por isso, não é fácil desmistificar alguns dos conceitos e atitudes das mesmas em relação ao comportamento em saúde.²⁹

Assim sendo, a redução do peso corporal pode ser obtida pela diminuição da ingestão calórica, principalmente os glicídios e lipídios. Entretanto, a prática do autocuidado demonstra que, não basta reduzir o peso, o ideal é mantê-lo em níveis adequados por longo prazo, sendo necessária a incorporação dos hábitos alimentares saudáveis, com orientação dietética individualizada, considerando a motivação dos pacientes e os aspectos socioeconômicos e culturais, tais como: recursos financeiros e preferências alimentares.

Portanto, em toda oportunidade, o profissional de saúde deve incentivar atividades de autocuidado que regulem o funcionamento do organismo, visando corrigir o peso corporal, demonstrando as vantagens advindas dessa atitude, tais como: redução da pressão arterial, melhor aparência física menor taxa de colesterol, triglicerídeos, ácido úrico e glicose.¹⁶ Outra dificuldade refere-se à redução do sal na alimentação.

[...] eu não consigo comer fraco de sal e não sei passar um fim de semana sem um pedacinho de carne [...] acho que vai ter uma mudança nisso [...] mas ainda não me disseram nada. (E2)

Compreende-se assim, que seriam menos árduas essas mudanças para os portadores de doenças cardiovasculares quando, juntamente com ele, a família adotasse uma dieta mais saudável. Logo, entende-se que o processo cultural alimentar está associado a um minucioso seguimento de elementos interiorizados, de difícil desmitificação em relação às mudanças comportamentais de alimentação.²⁶

Entretanto, todas essas orientações só serão eficazes se, antes de fornecê-las, o profissional for capaz de elucidar a memória cultural alimentar de sua clientela, entendendo os costumes e as múltiplas relações entre o biológico e o sociocultural, uma vez que as preferências gustativas e a seleção alimentar transmitida ao longo de diversas gerações interiorizaram hábitos, fixaram sabores e arraigaram conceitos. Evidencia-se, então, nas recordações palatáveis da culinária habitual brasileira uma predisposição por

alimentos com teor excessivo de sódio, amido, gorduras, os quais transmitem sensações como saciedade e prazer. Torna-se necessária uma mudança na cultura visando aprimorar a tarefa de orientar e promover mudanças efetivas no processo de reeducação alimentar e prevenção de doenças.²⁶

Um último aspecto abordado neste estudo, mas não menos importante está relacionado a sexualidade, constituindo-se em um assunto considerado tabu socialmente, sendo, sua abordagem com o paciente, normalmente difícil. O paciente pode sentir-se constrangido ou envergonhado de falar sobre uma questão que desvela aspectos de sua intimidade. Além disso, tal temática nem sempre é abordada pela equipe de saúde.⁸

Observa-se nas manifestações abaixo a confirmação dessa problemática, entre os pacientes que realizam a cirurgia cardíaca.

Mas eu acho que é normal, eu acho [...] não me falaram nada [...] esperar para ver agora o que o doutor vai dizer, se é normal ou vai mudar alguma coisa. (E5)

Normal [...] eu acho [...] não sei. (E3)

Não pensei. (E4)

Nem me passou pela cabeça [...] não orientaram. (E6)

Isso o doutor vai dizer como vai ser [...] mas ainda não falei com ele dessa parte. (E8)

Não sei como é que vai ser. (E9)

Visualiza-se a incerteza se sua sexualidade será atingida ou não após a cirurgia. Esperam por orientações médicas frente a esse assunto, no momento da alta. Entretanto, de forma tímida, na segunda manifestação o paciente diz não ter pensado nisso até o momento. Evidencia-se assim, que a sexualidade ainda permanece um assunto tabu. A forma como tal temática é tratada sofre influência de aspectos biológicos (anatômicos e fisiológicos), psicológicos (ambiente, formação, personalidade, emoções), culturais (valores), sociais e subjetivos.²⁷

A partir da premissa de que a sexualidade envolve o corpo, pode-se pensar nas repercussões da cirurgia no que concerne à imagem corporal como afetando também a forma de manejo com a sexualidade. Ora, se o sujeito percebe-se enquanto um corpo doente, invadido e agredido pela intervenção cirúrgica, não há como o entendimento e a vivência da sexualidade não ser contaminado por tal percepção.⁸ Além disso, as doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e, na vasta maioria das vezes, atua como um fator complicador. Isso se justifica pela necessidade do uso de diversos fármacos, capazes de produzir efeitos adversos, que prejudicam a *performance* sexual (especialmente pelo desencadeamento de disfunção erétil e/ou perda da libido).²⁰

Outro aspecto que remete ao adoecimento, para os participantes do estudo, refere-se às limitações do próprio corpo frente capacidade de desempenho sexual. No relato abaixo aparece que a doença traz limitações reais para o exercício da atividade sexual, percebidas ainda antes da cirurgia.

Eu já tinha um pouco de dificuldade depois que eu tive açúcar no sangue [...] mas pensava em recuperar [...] sobre isso eu não sei, gostaria que ficasse normal, mas vai saber [...] isso não sei. (E2).

Sutilmente o sujeito refere que já sentia dificuldades antes do procedimento cirúrgico e que, após ele, demonstra incerteza se de fato ficaria normal. Sendo a maioria dos sujeitos do sexo masculino, observou-se que essa realidade é relatada com certa parcimônia e dificuldade pelos participantes, denotando ser difícil expor aspectos tão íntimos,²⁷ uma vez que, para os homens, principalmente, o desempenho sexual está muito vinculado à afirmação de sua masculinidade. Nesse contexto, pode-se entender a ambivalência presente na manifestação, em que o participante fala das dificuldades sexuais de forma superficial, amenizando o relato de suas limitações nessa esfera.⁸

A atividade sexual é concebida como fisicamente extenuante e, não raramente, como possível desencadeadora de eventos cardiovasculares. Assim, considera-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no processo de reabilitação,⁸ sendo necessário, que esses assuntos sejam abordados com mais tranquilidade pelos profissionais das equipes de saúde. Em outro relato, fica evidente a preocupação.

A gente sabe que a gente já não é normal [...] não pode fazer muito esforço também [...] mas não foi dito nada ainda. (E7)

Portanto, aqui cabe uma consideração importante. As orientações sobre sexualidade devem fazer parte do cuidado de saúde e devem ser estendidas ao parceiro do paciente. Concorda-se desta forma, quando dizem que os pacientes devem receber orientações sobre atividade sexual da mesma forma que recebem informações sobre retorno ao trabalho e sobre como devem se engajar em programas de exercício.²⁰ O cônjuge deve ser informado sobre a situação do companheiro(a) na máxima extensão desse aconselhamento possível.

O enfermeiro enquanto gerente dos cuidados de enfermagem e por ser um profissional dinâmico precisa conhecer as diversas maneiras de avaliar e compreender os aspectos relacionados à dor, trabalho, lazer, atividade física, alimentação e sexualidade. Ele necessita buscar interagir com a equipe, para assim discutir e intervir com ações inter-relacionadas em prol da otimização de uma assistência de qualidade aos pacientes pós-cirúrgicos de CRM, proporcionando, assim, maiores possibilidades para o cuidado de qualidade.

Diante dos resultados desse estudo, reafirma-se a ideia que dentro do hospital, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.³¹ Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando. Dessa forma, essa pesquisa pretende contribuir com esse processo demonstrando algumas possibilidades à equipe de enfermagem e às demais equipes de saúde atuantes nesse cenário para tecerem uma rede de assistência e cuidados cada vez mais integrais.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou as expectativas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar. Nesse contexto, observou-se a pouca compreensão dos entrevistados em relação ao procedimento cirúrgico e aos

cuidados após a alta hospitalar, o que denota uma realidade preocupante, pois a falta de informações sobre tal patologia, bem como dos cuidados domiciliares pode ser causa frequente de interações futuras e ainda incidindo na diminuição da qualidade de vida e saúde dos pacientes.

Os sujeitos referem que, anteriormente a cirurgia, possuíam vida ativa e, em muitos casos, com sobrecarga de trabalho, hábitos alimentares considerados inadequados como refeições ricas em gorduras, frituras e com excesso de sódio, além do consumo de bebidas alcoólicas e fumo. Assim, a mudança de comportamento alimentar e diminuição/cessação de tais “hábitos” pela conscientização é o ponto fundamental para uma modificação no estilo de vida. Outra situação importante evidenciada é que alguns dos sujeitos têm pouca compreensão da importância da atividade física e lazer para a melhoria da qualidade de vida no pós-operatório. Frequentemente os sujeitos evitam falar sobre sexo e referem receio em relação à prática sexual após a cirurgia.

A alimentação adequada, tratamento medicamentoso, atividade física e cessação de hábitos como fumo e álcool constituem-se como possibilidades importantes para a manutenção da saúde dos indivíduos revascularizados. Desta forma, cada vez mais adquirem independência em suas tarefas, limitações vão sendo superadas e, quiçá, reconquistando sua independência financeira e o reconhecimento social. Assim sendo, o conhecimento dos fatores que interferem na satisfação com a saúde entre portadores de cardiopatias torna-se, assim, uma ferramenta importante para o planejamento de políticas sociais voltadas a esses usuários e focadas em sua qualidade de vida.

Destarte, embora a sexualidade seja pouco incluída nos planos assistenciais sabe-se que, ao vivenciar o adoecimento crônico e ao longo da internação hospitalar, os usuários constroem mitos, tabus, preconceitos, inquietações frente sua sexualidade refletindo diretamente na sua vida conjugal e na sua imagem corporal. Uma vez que esse fato pode trazer sofrimento a esses sujeitos, torna-se importante que os profissionais obtenham mais conhecimento e explorem as representações, os significados bem como conheçam como o paciente adquiriu informações a respeito ou como foi construída sua identidade sexual.

Independentemente dos matizes individuais dos relatos que compõem este estudo, uma característica parece atravessá-los: evidencia-se, seja nos depoimentos, ou nas reações aos pesquisadores, a vivência de um montante significativo de sofrimento. Em decorrência dessa evidência, torna-se necessário resgatar a importância da reflexão sobre aspectos da cirurgia que estão para além do adoecimento físico. Tais questões devem ser enfatizadas e mais amplamente trabalhadas de forma interdisciplinar, abarcando as mais diversas áreas profissionais e de conhecimento que se propõem a acolher e cuidar dos usuários do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, este estudo mostra que o cuidado deverá ser amplo, uma vez que precisa abordar questões referentes ao trabalho, alimentação, sexualidade, atividades físicas e de lazer os quais parecem ter maior repercussão na vida desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA, Stanganelli LCR. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006 Jun;86(6):439-450.
2. Brasil, Registro Brasileiro de Transplantes.(2008). Disponível em: <www.abto.org.br>. Acesso em 04 mar. 2012.
3. Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi PF, Fernandes F, et al., Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007 Maio;88(5):537-544.
4. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):8-13.
5. Brasil DM, Godoy MF. History of heart surgery in the world. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2012;27(1):125-34.
6. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(1):8 Telas.
7. FERNANDES M. V. B. et a. Fernandes MVB, Alitill G, Souza EM. Perfil dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2009;11(4):993-9.
8. Wottrich SH. Manifestos do coração: Significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos. 2011. 171 f. Dissertação (mestrado em Psicologia)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.
9. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoi GMM, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):149-156.
10. Lima PM, Cavalcante HE, Rocha AR, Brito RT. Physical therapy in postoperative cardiac surgery: the patient's perception. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(2):244-9.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Ed. 70, 2008.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução 196. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
13. Galter C, Rodrigues, CC, Galvão ECF. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. *J Health Science Institut.* 2010;28(3):255-258.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
15. SBH_ Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBC_Sociedade Brasileira de Cardiologia; SBN_ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010 jan/mar;95(1):I-III.
16. Lima FET, Araujo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2007;28(2):223-32.
17. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo Filho VC, Dornelas de Andrade A. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev. bras. fisioter.* 2006;10(1):121-126.

18. D'amato CVS Mortes, Perdas e Luto em Cardiologia. Psicologia em cardiologia: novas tendências. São Paulo: Alínea, 2008.
19. Souza RHS, Mantovani MF, Labronici LM. O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. Online Brazilian Journal of Nursing. 2006;5(2).
20. Stein R, Hohmann CB. Atividade sexual e coração. Arq. Bras. Cardiol. 2006 Jan;86(1):61-67.
21. Souza SPS, Lima RAG. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 Fev;15(1):156-164.
22. Bergvik S, Sorlie T, Wynn R. Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. Journal of Health Psychology. 2010;15(6):915-924.
23. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev. Saúde Pública 2008 Ago;42(4):750-756.
24. Jóia LC, Ruiz T, Donasílio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiologia e Serviço de Saúde. 2008, jul-set;17(3):187-194.
25. Nery R M. Efeito da atividade física de lazer no prognóstico da cirurgia de revascularização do miocárdio. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. 2010;25(1):73-78.
26. Ferraccioli P, Silveira EA. A influência Cultural Alimentar Sobre as Recordações Palatáveis na Culinária Habitual Brasileira. Revista Brasileira de enfermagem da UERJ. 2010, abr./jun;18(2):198-203.
27. Silva SS. Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias. 2007. Dissertação [Mestrado em Enfermagem], Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.
28. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio Janeiro: IMS/UERJ/ CEPESC/ABRASCO, 2006, p. 113-125.
29. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. Texto & Contexto de Enfermagem. 2008;17(1):90-97.
30. Cortes O, Arthur HM. Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: a systematic review. American Heart J. 2006;151(2):249-56.
31. Fonseca GGP, Parcianello MK, Zamberlan C, Marinho MGR, Carmo DRP, Siqueira HCH. Pain in the post-operative of myocardial revascularization and its inter-relation with the quality of life. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3636-44

Recebido em: 11/03/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 29/10/2014
Publicado em: 01/07/2015

Endereço de contato dos autores:
Silviamar Camponogara
Rua Visconde de Pelotas, 1230/201 . Santa Maria - RS
Cep - 97015-140.
E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.