

SIGNIFICANDO O PROCESSO DE VIVER A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

Giovana Dorneles CALLEGARO^a, Cintia KOERICH^b, Gabriela Marcellino de Melo LANZONI^c,
Maria Aparecida BAGGIO^d, Alacoque Lorenzini ERDMANN^e

RESUMO

O estudo objetivou compreender como os pacientes significam seu processo de viver após a experiência cirúrgica de revascularização miocárdica. Será apresentada, neste artigo, uma categoria e sete subcategorias, que representam as mudanças significadas a partir dessa experiência, ou seja, as “consequências”, componente do modelo paradigmático, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, método do estudo. Participaram, da coleta de dados, 23 sujeitos. As entrevistas foram semiestruturadas e ocorreram no período de outubro de 2010 a agosto de 2011. As mudanças significadas relacionam-se aos aspectos de vida social e sexual, trabalho, alimentação, atividade física e tratamento medicamentoso. Conclui-se que a experiência cirúrgica de revascularização incita o refletir e o (re)pensar o estilo de vida, apresenta limitações e dificuldades que desafiam adaptações nos hábitos cotidianos dos pacientes e familiares para um processo de viver mais saudável.

Descritores: Cirurgia torácica. Revascularização miocárdica. Enfermagem. Estilo de vida.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue entender cómo los pacientes significan su proceso de vivir después de experiencia quirúrgica de revascularización miocárdica. Se presentará, una categoría y siete subcategorías que representan cambios significativos de esa experiencia, es decir, las “consecuencias”, el modelo de componentes de paradigma, de acuerdo con la teoría fundamentada, el método de estudio. Participó en la recogida de datos de 23 sujetos. Las entrevistas fueron semiestructuradas en el período de octubre de 2010 a agosto de 2011. Los cambios significativos se relacionan con aspectos de la vida social y sexual, trabajo, alimentación, actividad física y el tratamiento farmacológico. Llegamos a la conclusión de que la experiencia de revascularización quirúrgica anima a la reflexión y a (re) pensar en el estilo de vida, tiene sus limitaciones y dificultades por los cambios en los hábitos diarios del pacientes y familiares para un proceso de vivir más saludables.

Descriptores: Cirugía torácica. Revascularización miocárdica. Enfermería. Estilo de vida.

Título: Significado del proceso de vivir después de cirugía de revascularización miocárdica: cambios en el estilo de vida.

ABSTRACT

The study aimed to understand how patients mean your experience process of living after surgical revascularization. Will be presented in this article, a category and seven subcategories that represent significant changes from that experience, that is, the “consequences” component of the paradigm model, according to Grounded Theory, method of study. Participated in data collection 23 subjects The interviews were semi-structured and took place from October 2010 to August 2011. Significant changes are related to aspects of social and sexual life, work, diet, physical activity and drug treatment. We conclude that surgical revascularization experience encourages the reflection and the (re) think the lifestyle, it has limitations and difficulties that challenge changes in daily habits of patients and families to live a healthier process.

Descriptors: Thoracic surgery. Myocardial revascularization. Nursing. Life style.

Title: Meaning the process of living the coronary artery bypass graft surgery: changes in lifestyle.

a Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES). Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

b Enfermeira. Membro do GEPADES. Bolsista de apoio técnico a pesquisa CNPq. UFSC. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

c Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro GEPADES. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

d Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Bolsista CNPq. Membro do GEPADES. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

e Enfermeira. Doutora em Filosofia de Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora 1A do CNPq. Líder do GEPADES. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

INTRODUÇÃO

A contemporaneidade representa a era da tecnologia e da informatização, por sua vez, o ser humano usufrui cada vez mais de sofisticados e avançados tratamentos e intervenções de saúde. Tão logo, as evidências científicas apontam a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) como um importante recurso cirúrgico para o tratamento da doença arterial coronariana, resultando em maior sobrevida e melhor qualidade de vida dos pacientes⁽¹⁾.

No Brasil, nos anos de 2005, 2006 e 2007, foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 63.529 CRM, uma das mais freqüentes cirurgias realizadas pelo SUS, tanto em hospitais públicos quanto em filantrópicos ou privados⁽²⁾. Em 2009, as doenças cardiovasculares representaram a terceira maior causa de hospitalizações no SUS, sendo responsáveis pelo maior gasto com internações, totalizando R\$1,9 bilhão ou 19% do custo total com hospitalizações^(3,4).

Nesta perspectiva, pode-se destacar que houve redução da mortalidade de pacientes hospitalizados com infarto agudo do miocárdio, de 15 a 20%, na década de 80, para em torno de 7 a 5%, nos tempos atuais⁽⁵⁾. Acrescenta-se, ainda, que o perfil desses pacientes também mudou com o advento da revascularização miocárdica, visto que principalmente realizaram a cirurgia àqueles que apresentam condições de maior criticidade e complexidade⁽⁶⁾. Acompanhando esse panorama, os profissionais de enfermagem e de saúde asseguram-se de conhecimentos técnicos científicos, competências e habilidades condizentes às múltiplas e complexas mudanças no perfil e no cuidado desses pacientes.

Em razão desses pressupostos foi desenvolvido um estudo com o objetivo de compreender como os pacientes significam seu processo de viver após a experiência cirúrgica de revascularização do miocárdio, visando construir um modelo teórico explicativo. Neste artigo serão apresentadas a categoria e subcategorias que representam as mudanças significadas pelos sujeitos a partir dessa experiência, ou seja, as Consequências, conforme modelo paradigmático orientado pela *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados⁽⁷⁾, referencial metodológico do estudo.

SUJEITOS E MÉTODOS

O cenário para o desenvolvimento da pesquisa foi um hospital do Estado de Santa Catarina, refe-

rência em cirurgia cardíaca. Foram entrevistados 23 sujeitos, sendo 12 pacientes que realizaram CRM, 6 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, educador físico, técnico de enfermagem) e 5 familiares, constituindo três grupos amostrais e um grupo focal para a validação dos dados. Os participantes foram selecionados de forma aleatória e a participação voluntária foi autorizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de seleção dos pacientes entrevistados foi de no mínimo 90 dias após a alta hospitalar.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e registradas por meio de gravação digital de voz, as quais foram realizadas no serviço de reabilitação cardíaca da própria instituição, a partir da pergunta: Fale-me sobre a sua experiência em ter realizado a cirurgia de revascularização do miocárdio. As demais questões foram direcionadas pelas pesquisadoras a partir das respostas dos participantes. Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por letra que representa o sujeito, seguida de número ordinal correspondente à sequência das falas (E1 para pacientes, P1 para profissionais e familiares F1).

O processo de coleta e análise foi guiado por amostragem teórica, conforme preconiza a TFD, cujos dados coletados foram transcritos, codificados e ao serem analisados, conduziram a próxima coleta e análise comparativa de dados, sucessivamente, até a saturação dos dados. Os códigos foram agrupados e as categorias e subcategorias definidas e desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões, seguindo-se o processo de codificação aberta, axial e seletiva⁽⁷⁾. O processo analítico foi construído na perspectiva paradigmática, constituída por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno.

As condições causais representam o conjunto de eventos, incidentes e acontecimentos que contribuem para o surgimento do fenômeno. O fenômeno caracteriza-se como a ideia central, cujas relações e interações estão inter-relacionadas. O contexto representa um grupo particular de condições que possibilitam as estratégias de ação/interação. As condições intervenientes são as bases estruturais que são sustentadas pelas estratégias que integram o fenômeno. As estratégias são os recursos utilizados para responder o fenômeno. Por fim, as consequências são definidas como os resultados das ações e interações dos participantes do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), sob o nº 001/2010, sendo respeitados os critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, em todas as etapas da pesquisa.

RESULTADOS

No estudo identificou-se o fenômeno: Percebendo o processo de viver a cirurgia de revascu-

larização miocárdica como oportunidade para a manutenção da vida, associada ao enfrentamento das significativas mudanças no estilo de vida, o qual emergiu da interpretação comparativa do conjunto de categorias na essência dos seus significados, um processo lógico de abstração, visualização e compreensão dos movimentos que evidencia a constituição da experiência da cirurgia de revascularização do miocárdio.

A seguir será apresentada e analisada a categoria e suas respectivas subcategorias que compõem as Conseqüências do Fenômeno, ilustradas na figura 1.

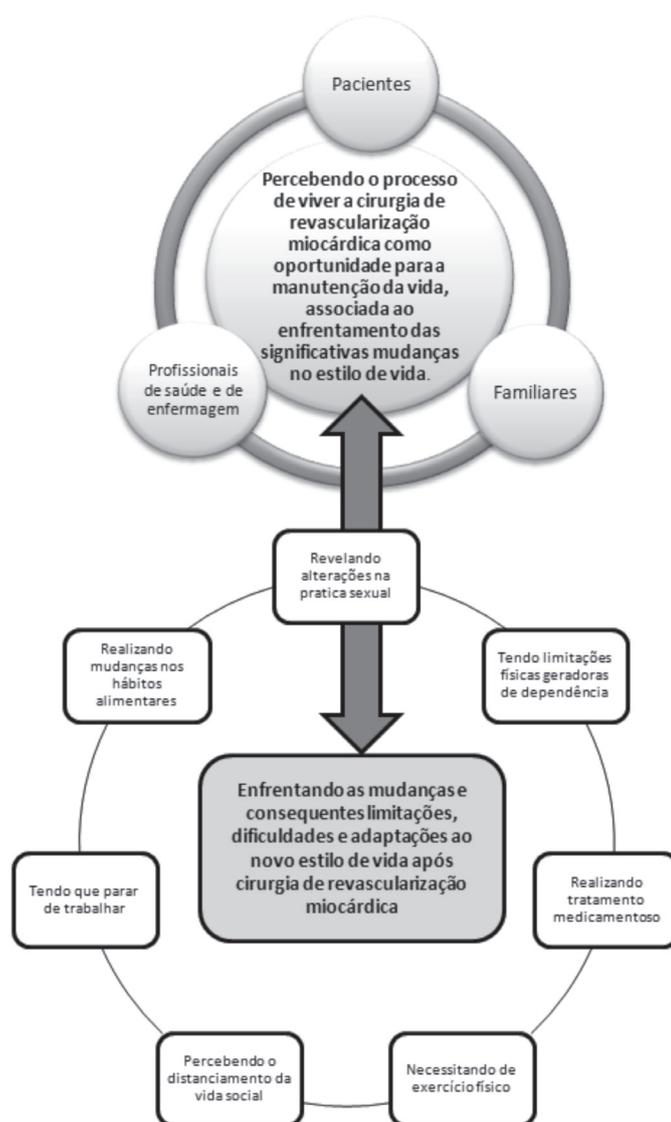


Figura 1 – Representação gráfica da relação entre o fenômeno e categoria Florianópolis, SC, outubro de 2010 a agosto 2011.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Enfrentando as mudanças e consequentes limitações, dificuldades e adaptações ao novo estilo de vida após cirurgia de revascularização miocárdica.

A categoria supracitada é composta por sete subcategorias. A primeira, denominada *Realizando mudanças nos hábitos alimentares*, evidencia que após a CRM torna-se salutar para o paciente mudar seus hábitos alimentares. Ainda que às vezes essa mudança represente tolher desejos por determinados alimentos, para o benefício da própria saúde cardiológica, o paciente acaba aceitando os novos hábitos alimentares, como as narrativas ilustram:

Hoje eu sou preso naquilo ali, tudo que eu vou comer, tem que olhar. Bala só posso chupar uma, não posso encher o bolso “[...]”. Eu sou obrigado a mudar. Então é assim minha comida, completamente diferente de antes. Eu mudei a alimentação, quer dizer, eu não como mais aquilo que eu gosto (E8).

Mudou a alimentação “[...]” em casa era só àquela ração e àquela comida sem sal “[...]”. Eu abusava, digamos assim. Até hoje a comida é sem sal, sem gordura. Ela [esposa] faz a comida sempre muito seca, sem muito azeite, sem muita graxa, segura mesmo (E6).

A segunda subcategoria, intitulada *Tendo que parar de trabalhar*, diz respeito a ter que abster-se do exercício laboral. A alteração da rotina ocupacional afeta o aspecto emocional e também a condição econômica e financeira do sujeito, da família e do lar, considerando que na maioria das vezes estes sujeitos eram provedores financeiros da família. Consequentemente, sentimentos como a tristeza e o desânimo afloram, deixando o indivíduo mais hostil frente ao seu novo processo de viver. Conforme os depoimentos:

Quando pára de trabalhar já é difícil. Aí, fiquei triste, bastante! A rotina da pessoa, do serviço. Eu toda a vida trabalhei “[...]”. Então, se tiver dinheiro compra; se não tem, não compra... (E3).

Eu fiquei estranha, agressiva, ruim “[...]”. Só queria viver jogada na cama. Nada prestava (E2).

Embora revelado o desejo de retornar às atividades realizadas antes da CRM, os pacientes reconhecem as restrições impostas pelo momento pós-cirúrgico, ou seja, mesmo que superadas

algumas dificuldades, dificilmente retomariam hábitos de vida e de trabalho (que exige esforço físico ou ocasiona estresse) realizados anteriormente à cirurgia. Há os que expressam dualidade de sentimentos; um contentamento descontente. E há os que reconhecem a melhora na sua condição de saúde, motivo para sentir-se feliz, como se vê nos depoimentos:

Eu sentia vontade de voltar à ativa mesmo com alguma dificuldade, mas, aí, neste decorrer do tempo, eu descobri que bom mesmo, igual era antes, não iria ficar mais (E6).

Hoje eu estou feliz! Por que em vista que nem eu estava, estou um outro homem hoje (E1).

Tendo limitações físicas geradoras de dependência, a terceira subcategoria, refere-se a limitações físicas e consequente dependência dos familiares para atividades que exigem esforço físico, no início da reabilitação cardiovascular. Condição que suscita sentimentos de medo e de incapacidade. Em virtude da maior proximidade, os familiares, particularmente os cônjuges, contribuem para os enfrentamentos necessários e compreendem as limitações impostas pela cirurgia, como manifestam:

Não faço nada, fico sentado, eu tenho medo de fazer força, fazer esforço. Tenho medo, medo, fico chateado, porque toda a vida fui independente (E1).

Eu [esposa] tinha que fazer as coisas que ele [paciente] não podia. Ele [paciente] tinha que ficar em casa, não podia pegar peso (F3).

A quarta subcategoria, *Revelando alterações na prática sexual*, apresenta como limitação a restrição da atividade sexual, fato que afeta a relação conjugal, em especial quando não dialogada pelo casal. A esposa percebe e compreende a dificuldade do cônjuge em lidar com a abstinência sexual, o qual tende ao isolamento e acaba projetando na parceira a culpa pela abstenção da prática sexual. Observado na narrativa:

Depois da cirurgia não foi como ele [paciente] queria, aí ele [paciente] se isolou. Ele [paciente] tentou me culpar [esposa], mas também pra homem é difícil. Eles não aceitam! Ele [paciente] foi um homem bem ativo, e eu me acostumei com a idéia [da abstinência sexual] (F7).

Evidencia-se que questões sobre a atividade sexual após a CRM não são abordadas ou são pouco exploradas no momento da orientação perioperatória pelos profissionais de saúde. Situação esta justificada pela dificuldade demonstrada pelos pacientes e pelos próprios profissionais em abordar/discutir este assunto, conforme elucidam os depoimentos:

Não perguntam, são raros os [pacientes] que perguntam. Bem poucos. Mas, mesmo assim, eu abordo na minha orientação [enfermeira]. Gente, a atividade sexual é uma necessidade básica do homem, da mulher, assim como a alimentação, o convívio social, o trabalho. Então, vamos saber melhor, vamos entender como é que funciona, o quê que pode fazer, como é que pode começar, quando deve, enfim (P6).

A gente [profissionais de enfermagem] sabe que falar sobre sexualidade não é fácil para o profissional (P2).

Um dos propósitos da orientação em saúde é auxiliar o paciente a reconhecer a atividade sexual como uma necessidade básica do ser humano, uma prática passível de ser reinserida após o tempo necessário de recuperação.

A quinta subcategoria, nomeada *Realizando tratamento medicamentoso*, elucidam as razões para o (des)cumprimento da terapia medicamentosa. Uma consiste na não adesão ao tratamento pelo próprio paciente e a outra diz respeito à indisponibilidade do(s) medicamento(s) no serviço público de saúde, tendo o paciente que adquiri-lo com recursos próprios, condição que afeta ainda mais o orçamento familiar já que a CRM afasta muitos pacientes de suas atividades ocupacionais remuneradas. Tais razões estão contempladas nas falas:

A minha cervejinha eu não vou deixar! Remédio, pra que tomar? (E1).

Fiquei muito tempo sem tomar a medicação para depressão e minha situação piorou (E2).

Alguns medicamentos a gente ganha do SUS, outros a gente precisa comprar. Até hoje eu tenho que comprar um que terminou (E6).

Na sexta subcategoria, *Percebendo o distanciamento da vida social*, os depoimentos ilustram que, gradualmente, os familiares percebem o afastamento do indivíduo revascularizado do convívio familiar, dos filhos, dos netos, dos amigos, enfim das reuniões

sociais e confraternizações. Tal distanciamento gera preocupação por parte dos familiares, como elucidam as falas:

Se afastou, não vai à casa de ninguém, nem das filhas. Uma vez ou outra ele concorda de ir nos meus familiares, mas ele não foi mais depois da cirurgia. Ele era de brincar com os netos, com os filhos, aí ele começou a fugir daquilo (F7).

Tenho medo de uma depressão, tem tempo que eu percebo que ele está meio parado, estranho (F3).

A sétima subcategoria, *Necessitando de exercício físico*, contempla a dificuldade do paciente cardíaco em aceitar a necessidade da realização de atividades físicas como parte das recomendações para a reabilitação cardíaca. Conforme depoimento:

Ele está pesado por isso, não caminha! Não caminha porque está pesado, não caminha no verão porque é muito quente, não caminha no inverno porque está muito frio. Então, assim, quando ele quer, quando ele faz o exame e vê que a diabetes está alta, o colesterol está alto, ele vai lá, ele faz chá, ele dá uma maneirada na comida. Caminhar, ele não caminha! Deixa pra outro dia, e pra outro dia, e vai passando, e quando vê, não fez! (F4).

Um dos maiores obstáculos enfrentados pelo paciente cardíaco revascularizado consiste em aderir à prática de atividade física moderada, como a caminhada, como novo hábito de vida, considerando a ausência desta prática antes da cirurgia. Através das falas dos familiares, entende-se ser mais fácil inserir a dieta restrita em gorduras e açúcares do que o hábito da caminhada na vida destes sujeitos.

DISCUSSÃO

O presente estudo revela a dificuldade diante da necessidade de mudar os hábitos alimentares e corporais adotados pelos pacientes anteriormente à CRM, considerados pela medicina prejudiciais à saúde⁽⁸⁾. Nesse sentido, em um estudo sobre o autocuidado, após a verificação da massa corpórea em indivíduos revascularizados, foi evidenciado que 51,9% dos sujeitos estavam obesos após um ano da cirurgia de revascularização⁽⁹⁾.

No que se refere à alimentação constata-se que, para alguns pacientes, abandonar a ingestão de carnes e gorduras é tarefa difícil, por serem alimentos agradáveis ao paladar e oferecerem maior

saciedade, prazer e satisfação⁽⁸⁾. Ter o conhecimento dos riscos inerentes à alimentação para o retorno de problemas cardíacos, como a obstrução coronariana, não garante motivação suficiente para a adoção e a utilização de comportamentos saudáveis para alguns sujeitos. Condição confirmada em estudo com pacientes revascularizados⁽⁹⁾, no qual 42 (80,8%), de 52 sujeitos, realizavam uma dieta à base de frutas, verduras e carne branca, e, em contrapartida, dez (19,2%) mantinham uma alimentação rica em carnes vermelhas e gorduras animais.

O exercício físico caracteriza-se como uma possibilidade de manutenção da saúde, redução de peso, alívio do estresse, fonte de lazer e de qualidade de vida. Porém, alguns pacientes revascularizados resistem à prática de exercícios físicos ou praticam ocasionalmente, corroborando com dados de um estudo em que 15 (28,9%) dos cinquenta e dois revascularizados foram considerados sedentários, pois não participavam de atividade física. Em contrapartida, do total de sujeitos, 37 (71,1%) realizavam a caminhada como exercício físico, por pelo menos 30 minutos, três vezes por semana, frequência mínima semanal satisfatória para melhoria do funcionamento cardíaco⁽⁹⁾.

Foram identificadas tentativas de mudanças nos hábitos de vida dos pacientes cardíacos revascularizados neste estudo, como, por exemplo, a inserção de movimento em suas vidas por meio da realização de atividade física, assim como a adoção de uma dieta alimentar mais saudável e equilibrada. Tais mudanças comportamentais, no entanto, necessitam de apoio tanto dos profissionais de saúde quanto, e principalmente, dos familiares. Sendo o comprometimento da família na reabilitação cardíaca do paciente revascularizado uma ferramenta importante e indispensável para a adoção de comportamentos de promoção e prevenção no ambiente domiciliar.

Anteriormente à cirurgia os pacientes utilizavam o corpo e a força física como principais ferramentas para o trabalho. No entanto, após o processo cirúrgico, devido ao risco de complicações e/ou morte iminente, o uso das funções instrumentais do corpo para o trabalho é suprimido, gerando aos pacientes revascularizados enfrentamentos, como a incapacidade para cumprir com as atividades laborais, a dependência financeira, invalidez e perda da autonomia⁽⁸⁾.

O afastamento das atividades laborais possui razões variadas, tais como idade avançada, influência da família, baixo grau de escolaridade e de

qualificação e orientação médica. Percebe-se que a maioria dos pacientes não consegue retomar as atividades laborais, gerando sofrimento, tristeza, desânimo, sentimento de inutilidade e consequente isolamento social^(8,10).

A impossibilidade e ou a incapacidade para o trabalho exige um processo de readaptação, com adequações ao estilo de vida, tanto para o paciente quanto para os familiares. Neste sentido, o apoio da família e as orientações profissionais são importantes no sentido de amenizar o sofrimento e as perdas, encorajando-o a buscar atividades alternativas como forma de lazer e sentido de viver.

O isolamento e o afastamento do convívio social é uma preocupação relevante, justificada por estudo realizado sobre os aspectos psicológicos de pacientes cardíacos, no qual foi evidenciado que, de 217 pacientes, 56 (26%) indicaram ter sintomas depressivos, 91 (42%) indicaram níveis elevados de ansiedade e cerca de 75-108 (35-50%) dos pacientes indicaram moderada a elevada necessidade de auxílio⁽¹¹⁾. Esses dados reforçam a necessidade de atenção e cuidado dos profissionais de enfermagem e de saúde com o paciente após cirurgia de revascularização miocárdica.

Em relação à prática sexual, identifica-se ser um tema de difícil abordagem para os profissionais, pacientes e seus cônjuges, os quais sentem-se intimidados frente ao questionamento dos profissionais sobre o retorno das atividades sexuais e, por sua vez, acabam evitando a exposição e o diálogo.

O conhecimento por parte dos pacientes sobre os riscos cardíacos em condição de esforço físico, neste caso empreendido numa atividade sexual, causa preocupação, antes mesmo da intervenção cirúrgica⁽¹²⁾. Após a CRM as disfunções sexuais podem ser intensificadas e a vida sexual comprometida. A perda da libido, a não liberação médica e a debilidade pela idade são algumas das razões justificadas por pacientes para o não retorno das atividades sexuais⁽¹⁰⁾, dentre inúmeras causas, como as associadas à doença, aos efeitos dos medicamentos, ao medo, entre outras.

Estudos semelhantes concordam, em seus achados, que a CRM representa, para muitos pacientes, mudanças negativas na prática sexual⁽¹²⁾. Assim como nos demais aspectos da vida, a prática sexual interfere no processo viver do paciente revascularizado, muitas vezes, exige paciência, diálogo e união do casal.

O tratamento medicamentoso, após a CRM, é coadjuvante na prevenção de novo evento coronariano e/ou no tratamento de problemas associados. A medicação quando não disponível no serviço de saúde público representa custo extra para o paciente, o que pode prejudicar a continuidade do tratamento quando a sua renda já está comprometida. Todavia, mesmo enfrentando dificuldades financeiras, a família prioriza a aquisição de medicamentos e de alimentos recomendados, assegurando o que consideram ser essencial para a manutenção do estado de saúde⁽¹³⁾.

A adesão à terapêutica medicamentosa é uma importante aliada após evento coronariano, contribuindo efetivamente com o tratamento cirúrgico⁽¹⁴⁾. Contudo, alguns pacientes demonstram não compreender a importância do tratamento contínuo ou apresentam resistência em tomar as medicações rotineiramente. Dado este comprovado por um estudo sobre autocuidado após CRM, no qual cinco pacientes (9,6%), de 52 pessoas, tomam o medicamento apenas quanto percebem alguma alteração fisiológica⁽⁹⁾.

O paciente e sua família carecem de informação e conscientização acerca da importância da adesão à terapia medicamentosa. Entretanto, somente esse entendimento não garante que o paciente tenha aderência ao tratamento, sendo evidenciada a premência da garantia de acesso à terapia estabelecida. Por sua vez, as políticas públicas de saúde, por meio dos estabelecimentos de saúde, bem como dos profissionais, devem atender o indivíduo subsidiando suas necessidades, reduzindo os entraves burocráticos e a demora em oferecer as ações e serviços de saúde à população⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se a CRM como uma possibilidade concreta para o prolongamento do viver dos pacientes coronariopatas, significando o 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.

A tríade alimentação adequada, tratamento medicamentoso e atividade física representa uma possibilidade para a manutenção da saúde dos indivíduos revascularizados. No entanto, adequar esses hábitos ao cotidiano parece ser o maior desafio para esses indivíduos. Por essa razão, é necessário que

os profissionais, em especial os da enfermagem, reforcem os cuidados e orientações em saúde a fim de minimizar os riscos para novos eventos da doença.

Nota-se que a CRM gera mudanças no processo de viver dos indivíduos, relacionadas aos aspectos da vida social e sexual, trabalho, alimentação, atividade física e tratamento medicamentoso, com conseqüentes limitações e dificuldades que exigem adaptações no seu estilo de vida. Ainda assim, a CRM representa possibilidade para inserção de novos hábitos de vida e de relações mais saudáveis consigo, com o outro e com contexto ao seu entorno, re-encontrando o equilíbrio necessário.

O enfermeiro pode favorecer os enfrentamentos necessários do paciente no momento da orientação perioperatória ao considerar a complexidade, a individualidade e a pluralidade do ser humano, possibilitando um melhor (con)viver durante e após a reabilitação cirúrgica, particularmente, quando reveladas alterações.

Ainda, pode-se afirmar que, existe uma lacuna na produção de estudos voltados à apreensão da experiência e das mudanças no estilo de vida após a CRM sob a perspectiva dos que a vivenciam. Por sua vez, a enfermagem pode contribuir para a construção deste e de outros estudos que visem o aprimoramento do cuidado humano, contemplando a complexidade e a totalidade do ser humano nas suas múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS

- 1 Fox K, Garcia MAA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoria: executive summary: The task force on the management of stable angina pectoris of the european society of cardiology. Eur Heart J. 2006; 27(11):81-134.
- 2 Piegas LS, Bittar OJNV, Haddad N. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(5):555-60.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Datasus. Sistema de informações hospitalares. Internações e valor total de internações segundo capítulo CID-10 [Internet]. Brasília (DF); [20--]. [citado 2011 out 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 4 Teich V, Araujo DV. Estimated Cost of Acute Coronary Syndrome in Brazil. Rev Bras Cardiol. 2011; 24(2):85-94.

- 5 Sousa MR, Mourilhe-Rocha R, Paola AAV, Köhler, Ilmar, Feitosa-Filho GS, Schneider JC, et al. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Processos e Competências para a Formação em Cardiologia no Brasil. Arq Bras Cardiol. 2012; 98 (2):98-103.
- 6 Pego-Fernandes PM, Gaiotto FA, Guimarães-Fernandes F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Med. [Internet]. 2009 [citado 2011 out 15]; 87(2):92-8. Disponível em: [http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_153_87\(2\)%20-%2092-98.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_153_87(2)%20-%2092-98.pdf).
- 7 Baggio MA, Erdmann AL. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. Ref. 2011; 3(3):177-185.
- 8 Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Heart disease experience of adults undergoing coronary artery by pass grafting surgery. Rev Saude Publica. 2008; 42(4):750-6.
- 9 Lima FET, Araujo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28(2):223-32.
- 10 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.
- 11 Luttik MLA, Jaarsma T, Sanderman R, Fleer J. The advisory brought to practice Routine screening on depression (and anxiety) in coronary heart disease; consequences and implications. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10(4):228-33.
- 12 Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Nursing diagnosis of patients in the preoperative period of cardiac surgery. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(3):307-16.
- 13 Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [citado 2011 out 14]; 11(2):349-59. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a16.htm>.
- 14 Souza EM, 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.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Giovana Dorneles Callegaro
Rua João Pio Duarte Silva, 114, ap. 201, Córrego Grande
88037-000, Florianópolis, SC
E-mail: gio.enfermagem@gmail.com

Recebido em: 27.01.2012
Aprovado em: 03.09.2012