

# Alterações nos Hábitos de Vida Relatadas por Portadores de Marcapasso Definitivo

Virginia Visconde BRASIL<sup>(1)</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da CRUZ<sup>(2)</sup>

Reblampa 78024-267

Brasil V V. Cruz D A L M. Alterações nos hábitos de vida relatadas por portadores de marcapasso definitivo. Reblampa 2000; 13(2): 97-113.

**RESUMO:** Em sua atuação profissional, as autoras percebiam que os portadores de marcapasso permanente relatavam certo temor pela máquina que estimulava o batimento de seu coração e isso parecia alterar a realização de suas atividades diárias. Buscou-se então identificar as alterações nos hábitos de vida por eles relatados como decorrentes do implante do marcapasso. Foram estudados 80 pacientes e os dados coletados por entrevista, com base em formulário elaborado tendo como referência os Padrões Funcionais de Saúde propostos por Gordon (1994). Às freqüências das respostas para a presença ou ausência de alterações nos hábitos de vida foi aplicado o teste estatístico de uma proporção. Os resultados mostraram que a freqüência de "alterações para melhor" foi significativamente maior nos itens percepção da própria "saúde" e "atividade física". As justificativas apresentadas pelos pacientes permitem afirmar que as informações de que dispõem, bem como as concepções que têm acerca do tratamento, podem ser benéficas ou não para a sua qualidade de vida como portadores de marcapasso cardíaco definitivo. O profissional deve considerar todos os aspectos que possam afetar a aceitação do marcapasso pelo paciente, desde sua situação sócio-econômica, seu ambiente familiar, trabalho, lazer e o impacto emocional do implante, utilizando tais informações para a educação dos doentes. Deve buscar o cuidado individualizado e ter sempre em mente que o alcance das expectativas pessoais dos pacientes e da sua satisfação nos atos mais corriqueiros são a essência do sucesso de qualquer intervenção.

**DESCRITORES:** marcapasso definitivo, qualidade de vida.

As doenças cardiovasculares são consideradas um flagelo mundial, sendo líderes em causa *mortis* no mundo e responsáveis pela morte de 300 mil brasileiros/ano<sup>1</sup>. Dentre elas, as arritmias vêm há séculos preocupando pacientes e profissionais, mas o tratamento dos distúrbios do sistema de condução cardíaco sofreu enorme transformação a partir das tentativas de controlar a freqüência cardíaca humana através do chamado marcapasso cardíaco.

Hoje em dia, 250.000 marcapassos são implantados por ano no mundo<sup>2</sup>. No Brasil, segundo os dados do Registro Brasileiro de Marcapassos/1999<sup>3</sup>, em 1997 foram realizados 10.781 procedimentos cirúrgicos relacionados à estimulação cardíaca artificial, 7.923 dos quais eram implantes iniciais. O país apresenta, em média, 5,5 procedimentos por 100 mil habitantes, para uma população de 148.493.245 habitantes e, em termos regionais, a maior taxa é en-

(1) Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

(2) Doutora em Enfermagem, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua T-53, nº 235 - Setor Marista - Goiânia - GO - Brasil. CEP 74150-310. Fone: (0xx62) 241-3997.

Trabalho recebido em 11/1999 e publicado em 06/2000.

contrada na região centro-oeste, que realiza 9,4 procedimentos por 100 mil habitantes<sup>4</sup>.

A evolução dos conhecimentos eletrofisiológicos, associada ao desenvolvimento tecnológico dos aparelhos e ao avanço nos métodos diagnósticos, transformaram o implante de marcapasso definitivo em um procedimento seguro, que pode levar o indivíduo portador a maior sobrevida com qualidade, na dependência mais da doença de base que do distúrbio elétrico tratado. Hoje os aparelhos oferecem diversidade no seu modo de funcionamento, com parâmetros programáveis, capazes de gerar um estímulo elétrico confiável e, por vezes, fisiológico. Mas, pelo fato de haver a possibilidade de o marcapasso comprometer a qualidade de vida de um paciente quando a escolha do aparelho não é adequada, a conduta nos pacientes com marcapasso deve incluir a avaliação dos efeitos positivos e negativos do implante, não apenas sobre a morbidade e mortalidade, mas também sobre a qualidade de vida<sup>5,6</sup>.

A sobrevida com qualidade é difícil de ser caracterizada ou mensurada. Entretanto, essa caracterização deve ser buscada, na tentativa de avaliar os procedimentos terapêuticos, pois os tratamentos são realizados não apenas para prolongar a vida, mas para melhorá-la<sup>7</sup>.

Ao longo do tempo, o marcapasso cardíaco tornou-se o aparelho que salva e prolonga vidas, permitindo a realização de desejos de pessoas que não sobreviveriam ou que estariam sujeitas a uma vida com severas restrições. Hoje, a estimulação elétrica artificial não é mais apenas uma forma de salvar vidas de doentes com bloqueios cardíacos; é um modo de correção das alterações do ritmo e do sincronismo atrioventricular que pode auxiliar na manutenção de estilos de vida, permitindo a realização das atividades diárias<sup>6,8</sup>.

Requer porém certos cuidados, como a avaliação periódica do sistema e o conhecimento pelo paciente das possíveis fontes de interferência por se tratar de um dispositivo com componentes eletrônicos. Há, portanto, necessidade de acompanhamento do portador de marcapasso para manutenção do seu bem-estar. Como prótese inerte, o marcapasso em si não significa qualquer limite de atividade física, permitindo o retorno do paciente à sua vida profissional, familiar e esportiva, já que “o objetivo principal do tratamento com marcapasso é resgatar a qualidade de vida do paciente”<sup>9</sup>.

Apesar disso, há que se considerar que o uso de qualquer prótese tende a causar manifestações e a alterar a forma de vida das pessoas. A melhora da condição física não significa melhora análoga no bem-estar psicológico dos pacientes<sup>10</sup>.

A alta tecnologia, cujo foco é o cuidado agudo,

o resgate de uma vida em perigo, às vezes com resultados não esperados, exerce certo fascínio sobre a sociedade. O uso dessa tecnologia exige conhecimentos e habilidades mas, na formação dos profissionais, nem sempre se dá o devido valor à qualidade de vida das pessoas que dela se utilizam. Num contexto em que a mera garantia de maior sobrevida é questionável, a qualidade de vida passa a ser considerada como foco central e não mais periférico, pois interessa tornar a vida melhor, não simplesmente mais longa<sup>11</sup>.

A boa qualidade de vida tem significados diferentes para pessoas diferentes, em diferentes lugares e em tempos diferentes. Para Morreim<sup>11,12</sup> a qualidade de vida não é um objeto ou coisa, mas um julgamento de valores referentes a certas circunstâncias. Ele também acredita que qualidade de vida é aquilo que a pessoa julga ser - e que muda a cada vez em que a pessoa muda seu pensamento.

Em geral, o adoecer representa a interrupção de um ritmo de vida, estabelece barreiras, muda o modo de ser do indivíduo. O fator emocional tem tamanha força que pode mesmo induzir “falsas sensações”, geralmente manifestas como distúrbios. A família é afetada e muitas vezes a unidade familiar é desestruturada. A pessoa necessita de tempo para se adaptar às mudanças, à perda do *status* na família, no trabalho, no relacionamento social, assim como nas suas atividades físicas, lazer e auto-imagem<sup>13,14</sup>.

No cotidiano da prática profissional, pudemos perceber que os portadores de marcapasso permanente relatavam certo temor pela “máquina” que estimulava o batimento de seu coração. Acreditavam que, talvez viessem a necessitar de um atendimento rápido, pois toda máquina pode falhar, e isto os angustiava.

A presença desse sentimento causado pela dependência implícita do aparelho mecânico que assiste a função cardíaca, foi registrada na literatura por profissionais que acompanhavam portadores de marcapasso<sup>8,15,16,17,18</sup>. Há também registro de que colegas de trabalho desses mesmos pacientes manifestam receio que o aparelho falhe e que precisem socorrê-los<sup>19</sup>. No paciente jovem, parece haver um sentimento de desgaste prematuro do corpo, de inutilidade, sem que tenha tido tempo de provar a si próprio e à sociedade que é um ser produtivo, com expectativas e perspectivas.

O medo relatado pelos pacientes sob nosso acompanhamento parecia fazer com que sua vida no cotidiano sofresse alterações, decorrentes do receio de usar chuveiro elétrico e eletrodomésticos, medo de raios e trovões, de passar sob fios de alta tensão, de fazer radiografias, de se submeter a tratamentos dentários, de praticar esportes, de ter atividade sexual e de desempenhar tarefas domésticas, como

passar roupas, etc. O transtorno causado pela insegurança parecia influenciar seus hábitos simples de vida, afetando o ambiente familiar, suas relações sociais e de trabalho.

De acordo com Gauch<sup>20</sup>, o seguimento dos pacientes portadores de marcapasso deve ser feito pelo serviço que o implantou, buscando “desmitificar as fantasias do paciente sobre a prótese implantada” e “adaptar o sistema artificial às necessidades do paciente, objetivando a melhoria de sua qualidade de vida”.

Concordamos com Greene, Moss<sup>8</sup> quando afirmam que é necessário que sejam observados os aspectos de ajuste do paciente **com** o marcapasso (relativos à parte de ajuste do aparelho) e **ao** marcapasso (relativos à adaptação dos hábitos de vida após o implante). O desajuste de um pode interferir no bom andamento do outro.

Devemos considerar que os marcapassos têm certa vulnerabilidade a interferências domésticas ambientais, próprias do dia-a-dia dos pacientes, e a aparelhos de procedimentos terapêuticos que envolvem correntes elétricas, ondas eletromagnéticas ou radiações<sup>21</sup>. Às vezes são interferências momentâneas, sem danos permanentes ao sistema implantado<sup>9</sup>, mas são suficientes para que o paciente sintase intimidado e crie fantasias em torno do seu funcionamento.

A necessidade de identificar, conhecer melhor e de forma sistemática aquilo que os pacientes relatam como alterações em suas vidas após o implante do marcapasso e a crença de que o profissional deve ouvi-los, dar suporte para o atendimento das demandas geradas por essas alterações, serviram de estímulo para a realização deste estudo. Acreditamos que dessa forma é possível verificar o que os doentes conhecem sobre sua doença, sobre seu tratamento e como entendem seu estado, subsídios fundamentais para auxiliá-los a lidar com seus incômodos. O conhecimento do que está acontecendo com o próprio corpo aumenta a habilidade de lidar com novas situações, apesar de nem sempre ser possível o controle da deterioração fisiológica.

Será então buscada aqui, a ótica daqueles que se submetem ao tratamento, tentando um confronto com os registros da literatura sobre o assunto, que geralmente mostram a ótica de quem aplica o tratamento.

Como afirmaram Trentini et al.<sup>22</sup>, “a avaliação da saúde em condições crônicas não deve se basear somente em medidas biomédicas, mas também em critérios referentes à dimensão psicossocial dos indivíduos. Para tanto, faz-se necessário conhecer melhor essa dimensão e, mais especificamente, as implicações para os indivíduos ao se depararem com

as mudanças no seu estilo de vida impostas pela condição crônica”.

Se durante nosso atendimento procurarmos compreender até que ponto a doença e o tratamento utilizado estão interferindo na vida diária dos pacientes, eles perceberão nosso envolvimento e estabelecer-se-á um vínculo mais forte de confiança e segurança relativo ao tratamento adotado, a partir do momento em que sentem nossa atenção ao seu mundo individual. Essa relação profissional-paciente é enfatizada também por Gauch<sup>20</sup>, Morreim<sup>12</sup> e Greene, Moss<sup>8</sup>, como um procedimento simples frente ao grau de segurança que proporciona, essencial para a sobrevivência e para a adaptação do sistema artificial às necessidades do paciente, podendo melhorar sua qualidade de vida.

É nessa hora que buscamos perceber realmente o que há de falho nas orientações do pré e pós-operatório, que podem ter sido mal entendidas ou simplesmente dirigidas pela ansiedade do paciente/familiar à uma interpretação errônea. A cada consulta de retorno há uma nova oportunidade de ação, e uma pequena atenção pode solucionar um grande problema para o paciente. Como disse Ferrans<sup>23</sup>, “a incapacidade que faz a vida não valer a pena de ser vivida para uma pessoa, pode ser apenas um incômodo para outro”.

Assim sendo, conhecer a perspectiva do doente portador de marcapasso, quanto às alterações que ele atribui ao implante do aparelho, pode contribuir para o planejamento adequado do cuidado e das intervenções profissionais, com estratégias dirigidas àqueles que trazem consigo experiências individuais.

Este estudo teve portanto o objetivo de identificar as alterações nos hábitos de vida relatadas pelos pacientes como decorrentes do implante de marcapasso cardíaco definitivo.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

O estudo foi realizado em ambulatórios de atendimento a pacientes portadores de marcapasso definitivo, de 2 hospitais governamentais de ensino da cidade de São Paulo, no período de junho a agosto de 1996.

A amostra de conveniência constituiu-se de 80 pacientes que falavam português, tinham idade superior a 20 anos e que consentiram em participar do estudo.

O limite de idade foi estabelecido para permitir que fosse realizada uma abordagem uniforme, o que seria diferente na presença de adolescentes e crianças. A Organização Mundial de Saúde<sup>24</sup> define o limite final da adolescência aos 20 anos. Estabeleceu-se também que os doentes não deveriam ter doenças crônicas associadas à causa base do uso

do marcapasso, tais como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, insuficiência renal crônica e doenças mentais. A presença de doenças crônicas foi considerada como um dos critérios de exclusão, para facilitar a interpretação das relações entre as alterações percebidas e o marcapasso. Um critério de inclusão foi que o doente estivesse, no mínimo, na segunda consulta de controle do marcapasso. O tempo de implante foi também considerado, para permitir que o paciente já tivesse retornado às suas atividades habituais, geralmente liberadas após o 1º retorno, quando são realizados reajustes no marcapasso. Nos dois serviços onde foi realizado o estudo, este tempo varia de 4 a 6 meses. Acredita-se que durante esse período tenha havido uma possível adaptação do paciente à vivência com o marcapasso, tal como ocorre com as doenças crônicas<sup>13,14</sup>.

A **idade** média do grupo estudado foi de 49,3 anos, com predominância de pacientes do **sexo** feminino (57,5%). Em relação ao **tempo de implante** dos marcapassos, a maioria dos implantes (62,5%) ocorreu nos últimos cinco anos.

#### COLETA DOS DADOS

Os dados foram obtidos pelas próprias autoras do estudo, por meio de entrevistas que duraram em média 30 minutos e de consulta aos prontuários.

O formulário de entrevista foi elaborado tendo como referência os Padrões Funcionais de Saúde propostos por Gordon<sup>25</sup>, permitindo organizar o levantamento das alterações percebidas pelos pacientes em seus hábitos diários, que eles atribuem à presença do marcapasso definitivo.

As perguntas elaboradas buscavam identificar se os pacientes indicavam a presença ou ausência de alterações em cada Padrão Funcional de Saúde. No caso de haver indicação de sua presença, perguntava-se ao doente se a alteração era para melhor ou para pior. A cada resposta seguia-se a solicitação de que justificassem a “melhora” ou a “piora”.

#### TRATAMENTO DOS DADOS

As respostas dos pacientes referentes ao questionamento se seus hábitos foram modificados pelo implante do marcapasso foram distribuídas em “*sim*” e “*não*”, conforme indicada pelo doente. As respostas positivas demandavam a especificação do sentido da alteração, isto é, se a alteração havia sido “*para melhor*” ou “*para pior*”, seguidas da justificativa para tal afirmação. Obtiveram-se então três frequências para cada item analisado dos Padrões Funcionais de Saúde: *presença* de alteração *para melhor*, *presença* de alteração *para pior* e *ausência* de alteração.

Para verificar em cada item de todos os Padrões Funcionais de Saúde se a maior das três frequências era ou não significativamente maior que a soma das outras duas, foi aplicado o “Teste de uma Proporção”<sup>26</sup>. Quando a maior proporção não foi significativamente maior que a soma das outras duas, o teste foi aplicado para verificar se havia diferença significativa entre as proporções “para melhor” e “para pior”.

Nos dois casos, por se tratar de testar uma proporção contra seu complemento, os testes são equivalentes ao teste de uma proporção do tipo  $H_{(0)} \{p = 0,5\}$  contra a  $H_{(1)} \{p > 0,5\}$ , para o qual os valores críticos são  $X = 48$  (para  $N = 80$ ) e  $X = 38$  (para  $N = 61$ ), onde  $X$  representa o valor observado na maior categoria, admitindo-se a probabilidade de erro Tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 ou 5%. Os testes foram realizados sem aproximação, utilizando a distribuição binomial<sup>26</sup>.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em números absolutos e percentuais e as justificativas em grupos, de acordo com as similaridades de respostas entre os doentes, julgadas pelas autoras do estudo.

As frequências de relatos de “*presença*” de alterações nos hábitos de vida “*para melhor*” e “*para pior*”, que os pacientes atribuíram à presença do marcapasso, assim como a frequência de relatos de “*ausência*” de alterações, são apresentadas na Tabela I.

Com exceção do item sobre percepção da “saúde em geral” e do item “atividade física”, todos os outros tiveram as proporções de ausência de alterações maiores que as de presença, tendo sido observados valores de  $X$  superiores ao valor crítico de 48. A proporção de mudança para *melhor*, no item de percepção da “saúde” em geral do Padrão de Percepção e Controle da Saúde, foi significativamente maior que a soma das demais categorias (o  $X$  observado é maior que 48, valor crítico para  $N = 80$ ).

Quanto ao item “atividade física” do Padrão de Atividade e Exercício, a frequência de alterações para *melhor* foi significativamente maior que a frequência de alterações para *pior* (o  $X$  observado maior que 38, valor crítico para  $N = 61$ ).

Isto indica que, para a amostra deste estudo, o implante de marcapasso não gerou alterações significativas nos itens pesquisados dos Padrões Funcionais de Saúde, exceto na percepção da “saúde” em geral e na “atividade física”, em que as frequências para *melhor* foram significativas.

O item eliminação “vesical” no Padrão Eliminação foi o único em que todos os pacientes relataram não ter havido alterações.

**TABELA I**  
ALTERAÇÕES NOS HÁBITOS DE VIDA SEGUNDO OS PADRÕES FUNCIONAIS DE SAÚDE, REFERIDAS POR 80 PACIENTES COMO DECORRENTES DO IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO.

Padrões Funcionais		Presença				Ausência	
		Para melhor		Para pior		N	%
		N	%	N	%	N	%
<b>Percepção e Controle da Saúde</b>	• Saúde	63	78,8	6	7,5	11	13,8
	• Fumo	14	17,5	-	-	66	82,5
	• Álcool	5	6,2	1	1,2	74	92,5
	• Seguir Orientações	-	-	7	8,8	73	91,2
<b>Nutricional - Metabólico</b>	• Alimentação	14	17,5	1	1,2	65	81,2
	• Peso	8	10,0	10	12,5	62	77,5
<b>Eliminação</b>	• Intestinal	-	-	1	1,2	79	98,8
	• Vesical	-	-	-	-	80	100,0
<b>Atividade e Exercício</b>	• Lazer	7	8,8	10	12,5	63	78,8
	• Atividade Física	40	50,0	21	26,2	19	23,8
<b>Sono e Repouso</b>	• Sono	12	15,0	7	8,8	61	76,2
<b>Cognitivo e Perceptivo</b>	• Desconforto Físico	-	-	23	28,8	57	71,2
	• Evita expor-se a situação específica	1	1,2	25	31,2	54	67,5
<b>Autopercepção e Autoconceito</b>	• Maneira de ser	17	21,2	4	5,0	59	73,8
<b>Desempenho de Papel e Relacionamento</b>	• Relacionamento	17	21,2	13	16,2	50	62,5
	• Trabalho	10	12,5	20	25,0	50	62,5
	• Rendimentos	8	10,0	13	16,2	59	73,8
<b>Sexual/Reprodutivo</b>	• Sexual	7	8,8	9	11,2	64	80,0
	• Filhos	4	5,0	2	2,5	74	92,5
<b>Tolerância e Resposta ao Estresse</b>	• Estresse	17	21,2	1	1,2	62	77,5
<b>Crenças e Valores</b>	• Crenças	14	17,5	1	1,2	65	81,2
	• Planos	11	13,8	7	8,8	61	76,2

Apesar de não significativas, as maiores frequências de alterações para *pior* recaíram em “desconfortos físicos” (28,8%) e “evita expor-se a situações específicas” (31,2%).

As justificativas dos pacientes às respostas dadas quanto as alterações percebidas foram:

No **Padrão de Percepção e Controle da Saúde**, 63 (78,8%) pacientes relataram ter havido mudança para *melhor* na sua **saúde** em decorrência do implante do marcapasso, enquanto que 6 (7,5%) consideraram que houve mudança para *pior* e 11 (13,8%) referiram não perceber qualquer alteração.

A melhora na saúde atribuída ao implante do marcapasso foi justificada predominantemente pela melhora dos sintomas:

*“o marcapasso me deu vida”; “não sinto mais tontura, cansaço, dor no peito, dor de cabeça, não desmaio mais”; “melhorou tudo”; “tenho vida normal”; me sinto mais animada”; “hoje corro, trabalho, vou à feira”; “não tomo mais remédio”; “sou mais sadia”; “estava preguiçosa, morrendo aos poucos”; “me sentia um vagabundo, um inútil”; “o organismo sentia que a medicação prejudicava”; “teria morrido se não tivesse colocado”; “renasci”.*

Esse foi o item com maior frequência de alterações para *melhor*, o que indica que, numa avaliação

genérica da própria saúde, o implante foi encarado positivamente pela maioria dos integrantes deste estudo. Esse fato também foi relatado por Ferrán<sup>27</sup> que verificou que 77,5% dos pacientes afirmavam ter saúde boa ou muito boa após o implante do marcapasso, em relação ao período pré-implante. No estudo de Catipovic-Veselica et al.<sup>10</sup>, 47,5% dos pacientes consideraram que sua saúde era pior comparada à de seus amigos; 32,5%, igual e 20%, melhor.

A percepção, entendida como a forma da própria pessoa ver e valorar seu estado de saúde, é considerada por vários autores como um dos indicadores subjetivos da qualidade de vida, embora de difícil mensuração<sup>28,29,30</sup>. A dimensão subjetiva tem a vantagem de levar em conta as experiências de vida diretamente, enquanto que o indicador objetivo mostra apenas o que pode ter influenciado a experiência de vida<sup>31</sup>. Dessa forma, a frequência significativa de pacientes que relatam melhoras na própria saúde deve contribuir para a avaliação global positiva do tratamento indicado.

Segundo Greene, Moss<sup>8</sup>, dentre os fatores que influenciam o ajuste do portador **com** e **ao** marcapasso, está o fato de esses pacientes serem sintomáticos por longo tempo antes da definição da terapêutica. Talvez devêssemos considerar que também pesam nessa avaliação do paciente suas expectativas em relação ao aparelho, desenvolvidas a partir do mo-

mento em que este é considerado uma alternativa para o tratamento.

É interessante ressaltar que as afirmativas “*teria morrido se não tivesse colocado*” e “*renasci*”, mostram que alguns reconhecem que estariam expostos a sérios riscos caso não tivessem se submetido ao implante do marcapasso. Não podemos deixar de valorizar também as razões daqueles 17 (21,2%) que consideraram sua saúde inalterada ou piorada após o implante pois, se objetivo do tratamento é não apenas prolongar a vida, mas também melhorar sua qualidade, as justificativas dos pacientes que relataram não ter havido melhora servem como base para outras investigações. Algumas das razões apontadas para não ter havido alteração na saúde foram:

“*não sentia muita coisa*”; “*minha saúde sempre foi boa*”; “*colocaram o marcapasso logo que passei mal*”; “*tenho a mesma falta de ar, dor no peito*”; “*nunca senti nada*”.

Essas justificativas sugerem novamente que a diferença entre os sintomas existentes antes e depois do implante indica a condição de saúde na perspectiva do próprio doente. Quando a indicação da terapêutica é feita sem que tenham sintomas prévios ou quando esses sintomas são agudos, os pacientes têm de se ajustar à situação de estar doente e com o aparelho, podendo não valorizar o tratamento e por vezes questionar sua indicação<sup>8,15,32,33</sup>.

Os pacientes que consideraram ter havido mudanças para *pior* na sua saúde relacionaram essa mudança à presença de limitação nas suas atividades, à ausência de remissão dos sintomas e à disfunção sexual:

“*não posso fazer esforço, atrapalha meu trabalho, a pressão sobe*”; “*estou limitada, antes fazia de tudo em casa*”; “*tinha batedeira, tontura, hoje incham as pernas, sinto falta de ar*”; “*fiquei impotente*”.

A presença de alterações físicas e de alterações da resposta à atividade física após o implante pode ocorrer não só pela própria deterioração da condição cardíaca, mas também pela escolha inadequada do modo de estimulação, podendo ocorrer uma entidade clínica denominada “síndrome do marcapasso artificial”<sup>34,35</sup>. De qualquer forma é importante frisar que o marcapasso, uma prótese inerte, não restringe por si só a atividade física. No entanto, essas respostas mostram que para esses pacientes a expectativa em relação ao implante do marcapasso não foi alcançada e a sua presença é vista como causa das alterações observadas.

Em relação à disfunção sexual, mencionada por um paciente, foi evidenciado por Blacher, Basch<sup>15</sup> que, apesar de receberem esclarecimentos, há os que desenvolvem fantasias ligadas à presença do aparelho. Alguns referem melhora na potência sexual, outros impotência.

Situação semelhante foi evidenciada por Greene, Moss<sup>8</sup> em seu estudo, no qual um paciente manifestou receio de que o cabo-eletrodo se quebrasse durante a relação sexual, outros dois relataram que a impotência iniciada na época do bloqueio atrioventricular permanecera após o implante e duas mulheres referiram aumento da libido após o implante. Há também aqueles que centralizaram suas vidas ao redor do marcapasso e que, apesar de terem sido liberados para realizar suas atividades habituais, sentem-se restringidos pela família ou pela própria insegurança<sup>36</sup>.

No que diz respeito às alterações no hábito de fumar, 66 (82,5%) negaram alterações. Vale a pena ressaltar que dentre estes, 60 (75%) não fumavam anteriormente e 6 (7,5%) não deixaram de fumar. Houve 14 (17,5%) que deixaram de fumar e que consideraram estar *melhor* assim:

“*parei para não prejudicar o marcapasso - me sinto outro*”; “*não preciso ficar levando fumaça para dentro do peito*”; “*sinto melhor - tenho até apetite*”.

Quanto ao **álcool**, 74 (92,5%) não bebiam e não alteraram tal hábito, enquanto que 5 (6,2%) pararam de beber e consideraram a mudança para *melhor*, 1 (1,2%) parou a bebida e considerou esta mudança para *pior*. Os pacientes que consideraram *melhor* parar de beber alegaram que foi “*melhor para a saúde e para o bolso*”; “*parei para conservar a saúde*”. Aquele que achou que foi *pior* considera que “*a alegria foi embora*”.

Dodnot<sup>32</sup> considera que o implante é uma boa ocasião para um cônjuge apelar para o “bom senso” do paciente em relação ao fumo e bebida, principalmente em se tratando de um hábito não compartilhado pelos dois. Julga que esse é um dos aspectos negativos do implante, pela sua ênfase nas interdições, o que aumenta o impacto da terapêutica que na realidade é mais permissiva que restritiva, mas que é utilizada com diferentes finalidades para justificar as atitudes do paciente e de seus familiares.

Ainda nesse mesmo padrão os pacientes foram questionados sobre as **orientações** que receberam da equipe de saúde na época do implante (Tabela II). A maioria (87,5%) recebeu algum tipo de informação, enquanto que 10 (12,5%) afirmaram não haver recebido qualquer informação.

A orientação mais freqüente, referida por 44 (55,0%) dos 80 pacientes, foi **evitar choque**, não mexer com eletricidade, aparelhos elétricos com defeito, ter cuidado com balcões de açougue. Em seguida, 28 (35,0%) pacientes mencionaram **não pegar peso**, não fazer extravagâncias.

Outras orientações apontadas por 10 (12,5%) pacientes diferentes, foram: ler **livro de orientações**, não comer **pimenta**, não usar **relógio digital ou de**

**TABELA II**  
ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DA EQUIPE DE SAÚDE APÓS IMPLANTE DO MARCAPASSO DEFINITIVO RELATADAS POR 80 PACIENTES.

Orientações	N	%	Orientações	N	%
- Evitar choque	44	55,0	- Evitar tel. Celular	4	5,0
- Não pegar peso	28	35,0	- Não passar roupa	4	5,0
- Não mudar nada	18	22,5	- Evitar alta tensão	3	3,8
- Evitar emoções	10	12,5	- Evitar agressões	3	3,8
- Evitar motores	7	8,8	- Evitar fumo,beber	2	2,5
- Evitar microondas	7	8,8	- Outras	10	12,5
- Evitar magnéticos	5	6,2			

**pilha**, não pegar em **agulha de costura** (aço), afastar-se de **rádio mal sintonizado**, evitar proximidade com **brinquedo eletrônico**, não manusear **eletrocautério**, não fazer fisioterapia com **ondas curtas**, **ultrassom magnético** ou **choque neofases**, ter cuidado com **relâmpagos** e evitar ficar exposto ao **sol**.

Ao serem questionados se a observância dessas **orientações** alterou seu dia-a-dia, 73 (91,2%) afirmaram que não e 7 (8,8%) relataram alterações para *pior*, em decorrência das restrições em suas atividades diárias:

*“atrapalha um pouco”; “era muito ativa, com o controle total da casa (banco, feira, carro) e hoje me sinto inútil”; “preciso lavar roupa e falaram que não pode - lavo assim mesmo”; “atrapalhou meu trabalho”; “preciso fazer depósitos bancários, e disseram que não posso passar na porta giratória”; “não posso pegar peso e no meu trabalho preciso fazer - atrapalhou”; “medo de choque de chuva - uso luva de borracha no banho ou espero alguém ligar para mim”; “não obedeci as orientações - acho ruim”.*

Essas justificativas indicam que pode ter havido má interpretação das orientações, que as informações podem não ter sido claras o suficiente para eliminar as dúvidas, ou mesmo que tenha ocorrido exacerbação do que foi falado, em função da insegurança do paciente e/ou familiar. Quando não compreendidas, as informações podem gerar medo irreal de que as atividades da vida diária possam afetar o marcapasso ou possam diminuir a capacidade da pessoa, fazendo com que ela se imponha restrições desnecessárias<sup>34</sup>.

No **Padrão Nutricional Metabólico**, 65 (81,2%) pacientes referiram que o implante do marcapasso não levou a modificações nos seus hábitos de **alimentação**, enquanto que 14 (17,5%) relataram alterações para *melhor* e 1 (1,2%) para *pior*.

As alterações para *melhor* associadas à presença do aparelho, foram relativas a restrições a certos alimentos e condimentos, assim como ao fato de engordar ou emagrecer:

*“como sem sal, gordura, evito café - alimentação de quem tem idade deve ser mais leve”; “passei a comer de tudo”; “como muito mais”; “não como mais pau e pedra como antes”; “hoje tomo estimulante e me sinto melhor mais gorda, era muito seca”; “evito gordura, sal - mais saúde”; “diminuí sal, carne de porco e de peixe - é melhor para mim”; “parei de jantar”; “me obriga a não engordar, pois junta gordura ao redor do gerador e dificulta sua troca - isto faz bem para minha vaidade”.*

É interessante observar que, ao mesmo tempo em que alguns engordaram, outros emagreceram e houve satisfação em ambas as situações, até mesmo para a paciente que faz uso de estimulante de apetite. Apesar da literatura não apontar razões fisiológicas para este fato, há pessoas que consideram a gordura como sinônimo de saúde.

A justificativa do paciente que atribuiu ao marcapasso sua alteração alimentar para *pior* foi ... *“perdi o apetite - precisei de remédios”*. Oliveira, Gauch<sup>36</sup> relataram que sintomas como a falta de apetite, insônia, angústia e irritabilidade, se desenvolvidos após o implante, devem receber atenção, pois provavelmente decorrem de má orientação.

Quanto ao **peso**, 62 (77,5%) afirmaram não ter havido alterações decorrentes do implante do marcapasso; 10 (12,5%) consideraram que a alteração foi para *pior* e 8 (10,0%) a consideraram para *melhor*.

Da mesma forma que nas alterações nos hábitos alimentares, houve satisfação e insatisfação pela mudança de peso. O que parece permear esse sentimento são as expectativas existentes antes do tratamento.

As mudanças consideradas para *pior* foram assim descritas:

*“perdi peso”; “engordei”; “gordura incomoda”; engordei de preocupação - a médica vai brigar comigo”; “engordei e me canso muito”; “emagreci demais”.*

As mudanças assinaladas para *melhor* foram:

*“engordei e me sinto melhor assim”; “me alimento melhor”; emagreci - me sinto mais leve”; “não trabalho mais fora, durmo melhor - era muito magrinha”; “tentei emagrecer”.*

O receio de engordar muito esteve presente, provavelmente pelo fato relatado por alguns de terem recebido orientações da equipe para não aumentar muito o peso, evitando assim sobrecarregar o coração e a necessidade de reprogramação do gerador.

No **Padrão de Eliminação**, quase a totalidade dos pacientes (98,8%) relatou não ter havido modificação no seu funcionamento **intestinal** e apenas 1 (1,2%) afirmou ter havido modificação para *pior*; justificando:

*“evacuo líquido e incomoda muito, o médico não descobre o porquê... será que é do marcapasso?”*

Este questionamento mostra que o marcapasso torna-se o foco para o qual se direciona a busca de explicação para os sintomas, o que foi lembrado por Oliveira, Gauch<sup>36</sup>, ao afirmarem que os pacientes fazem projeções atribuindo ao marcapasso os males que os acomete.

Nenhum dos entrevistados considerou o funcionamento **vesical** alterado em decorrência do implante do marcapasso. Vale a pena ressaltar que este foi o único item em que isso ocorreu.

Os hábitos de **lazer** no **Padrão Atividade e Exercício** foram citados por 63 (78,8%) como inalterados, enquanto que 10 (12,5%) relataram mudanças para *pior* e 7 (8,8%) para *melhor*.

O lazer referido pelos pacientes está muito ligado às restrições de atividades físicas, como ficou evidenciado nas mudanças consideradas para *pior*:

*“parei de bater bola, volto mais cedo das festas”; “ia a bailes dançar, mas sai briga às vezes e tenho medo de machucar o lugar do aparelho”; “não saio mais na escola de samba, não dou conta mais e há 20 anos que desfilava”; “andava cavalo, fui 2º lugar na corrida São Silvestre”; “pescava, mas não vou mais, não posso beber nem comer, ficar só na vara não tem graça”; “não saio mais, me afastei das pessoas”; “passeava com os netos - tenho medo de passar mal com as crianças”; “fazia hidroginástica, parei - os professores discriminam”; “não fui mais à praia, a grana diminuiu depois do implante”; “parei de jogar bola, não vou mais à piscina - medo de pancada e todos olham para o peito”.*

O sentimento de perda da capacidade física é referido por vários autores que estudaram portadores de marcapasso e que afirmam que o implante em si não restringe a atividade física, que pode ser afetada pela condição cardíaca, pelo modo de estimulação e pela programação correta<sup>9,34,35,36,37</sup>.

O paciente geralmente é orientado a evitar levantar objetos muito pesados e atividades que requeiram movimentos vigorosos de levantamento repetido dos braços (como jogar tênis), a evitar pancadas na área dos ombros como ao atirar com rifles e ao jogar bola, assim como atividades com vibradores<sup>38</sup>. Mas, como o gerador também pode ser inibido ou deflagrado indevidamente por miopotenciais, o ideal para melhor orientar as pessoas sobre suas atividades diárias e evitar possível inibição do aparelho, seria que esse fosse testado com várias manobras musculares e posteriormente monitorizado durante atividade física com Holter, ou em programa de reabilitação física<sup>34</sup>.

O paciente que citou o olhar das pessoas pro-

vavelmente estava preocupado com sua estética corporal, o que foi descrito por Blacher, Basch<sup>15</sup> como uma preocupação integrante da fase de adaptação ao marcapasso, e por Greene, Moss<sup>8</sup> que verificaram em seus estudos que alguns do sexo masculino afirmaram, embaraçados, que ouviam gracejos pelo fato do implante assemelhar-se a um seio.

Os que consideraram as alterações para *melhor* também as relacionaram com as atividades físicas:

*“parei de jogar bola, mas foi bom, pois nessa idade podia quebrar algum osso”; “passeio muito - sinto mais disposta, animada”; “passei a ler”; “mais vontade, mais ânimo - quero viver”; “não fazia nada - hoje danço, brinco, faço tudo”; “viajo muito, coisa que não fazia”.*

É possível perceber que os pacientes referem restrições idênticas, como é o caso do “jogar bola”, mas sentem-se de forma oposta em relação ao *melhor* e *pior*, o que leva a crer que se trata de algo bastante subjetivo, variando de acordo com a importância e o significado atribuídos à atividade, enfim, às estratégias usadas para lidar com as modificações sentidas ou mesmo imaginadas pelo paciente.

Em relação à capacidade de realizar **atividades físicas**, metade dos pacientes referiu modificações para *melhor*, 21 (26,2%), modificações para *pior* e 19 (23,8%), ausência de alterações. Tal como nos demais, nesse item a frequência de alterações para *melhor* foi significativamente maior que a frequência para *pior*.

As alterações para *melhor* poderiam ser justificadas pela normalização da frequência cardíaca com conseqüente melhora do débito cardíaco e de função pulmonar, permitindo a realização das atividades físicas com maior facilidade.

Ferrán<sup>27</sup> relatou que apenas 8% dos pacientes em seu estudo realizavam atividades esportivas e sendo que a metade manteve esse hábito após o implante e que 1% iniciou a prática esportiva após implante. Já Mickley, Petersen<sup>39</sup> encontraram atividade física diminuída em 16% dos pacientes estudados e aumentada em 27%. Os motivos alegados para a diminuição da atividade nos dois estudos foram medo de gastar a bateria e o aconselhamento realizado por outras pessoas.

Na opinião de Leão<sup>9</sup>, o retorno à prática de esportes, como futebol, tênis ou vôlei é aconselhável três meses após a cirurgia. As atividades domiciliares podem ser retornadas após trinta dias, quando já é efetiva a cicatrização ao redor da ponta do eletrodo no músculo cardíaco.

Os pacientes inativos por longos períodos antes do implante, por intolerância à atividade, devem ser orientados a retorná-la de forma gradual.



A frequência de alterações para melhor e para pior nas atividades físicas é apresentada na Tabela III:

**TABELA III**  
ATIVIDADES FÍSICAS ALTERADAS PARA MELHOR OU PARA PIOR, RELATADAS POR PACIENTES (80) COMO DECORRENTES DO IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO.

Atividade Física Alterada	Para Melhor		Para Pior		Total	
	N	%	N	%	N	%
Subir escada	43	53,8	9	11,2	52	65,0
Caminhar	43	53,8	8	10,0	51	63,8
Praticar esportes	10	12,5	12	15,0	22	27,5
Passar roupa	7	8,8	8	10,0	15	18,8
Limpar casa	7	8,8	7	8,8	14	17,5
Lavar roupa	7	8,8	6	7,5	13	16,2
Cozinhar	7	8,8	6	7,5	13	16,2
Lavar louça	7	8,8	6	7,5	13	16,2
Outros	6	7,5	5	6,2	11	13,8

A maior frequência de alterações recaiu na atividade de **subir escadas** indicada por 52 (65,0%) pacientes, sendo que 43 (53,8%) consideraram que houve melhora (*"antes não subia"; "antes cansava, hoje não mais"*) e 9 (11,2%) piora (*"tenho dificuldade"*).

A alteração no **caminhar** foi relatada por 51 (63,8%), 43 (53,8%) dos quais afirmaram ter sido uma mudança para *melhor* (*"não caminhava quase"*), enquanto que 8 (10,0%) para *pior* (*"antes agüentava mais, hoje não corro 100 metros, e ando devagar senão canso muito"*).

Alterações na **prática de esportes** decorrentes do implante do marcapasso foram citadas por 22 (27,5%) pacientes. As alterações para *pior* foram indicadas por 12 (15,0%) (*"não jogo mais bola e gostava muito"; "medo de pancada"; "medo de romper os fios nadando"*); 10 (12,5%) referiram ter sido para *melhor* (*"não machuca"; "engordei, estou mais animado para praticar"*).

Dos 15 (18,8%) que mencionaram alteração na atividade de **passar roupa**, 8 (10,0%) referiram como mudanças para *pior* (*"tenho medo de passar, e dependendo dos outros"; "passo poucas peças de roupa e o braço dói"*) e 7 (8,8%), para *melhor* (*"não passo porque tenho medo, mas é bom porque não gosto mesmo de passar roupa"; "não me canso mais"*).

Alterações na atividade de **limpar a casa** foram apontadas por 14 (17,5%); para *melhor* segundo 7 (8,8%) e para *pior* outros 7 (8,8%), justificadas em ambas as situações pelo cansaço.

As demais atividades domésticas (**lavar roupa, cozinhar e lavar louça**) foram consideradas por 13 (16,2%) pacientes de forma semelhante: para 7 (8,8%) as mudanças foram para *melhor* (*"não conseguia fazer nada, hoje faço de tudo"*) e para 6 (7,5%), para

*pior* (*"tenho que fazer tudo devagar e dona-de-casa não pode fazer as coisas devagar, não dá tempo"; "queria fazer como era antes"; "antes fazia devagar, mas fazia, hoje não faço nada"*).

Alterações em outras atividades físicas como **viajar** (*"não viajava por medo, hoje viajo sempre"; "tenho medo de viajar"; "não viajo mais sozinha"*), **dançar** (*"hoje danço muito mais"; "não dou conta mais de dançar"*), **dirigir** automóveis (*"era motorista de caminhão, minha carteira era classe D"*), **jardinagem / hortalças** (*"parei de usar a enxada - a gente deve de trabalhar para viver e não para morrer"*), foram indicadas por 6 pacientes ou menos, distribuindo-se entre para *melhor* (7,5%) e para *pior* (6,2%).

No **Padrão de Sono e Repouso**, o **sono** não sofreu alteração em decorrência do implante de marcapasso na opinião de 61 (76,2%) pacientes; 12 (15,0%) afirmaram que mudou para *melhor* e 7 (8,8%) para *pior*.

As razões de considerarem as alterações para *melhor* foram:

*"agora durmo bem"; "não dormia bem quando ficava nervosa, hoje durmo de qualquer jeito"; "dormia muito, era só encostar que dormia"; "o coração disparava, dormia mal"; "antes já levantava com sono, hoje o sono é normal"; "não preciso colocar mais almofada para dormir"; "durmo melhor - meu problema está resolvido"*.

A tranquilidade, a ausência do medo de morrer dormindo e a melhora do débito cardíaco são, na opinião de Dodinot<sup>32</sup>, alguns dos aspectos positivos do implante de marcapasso que contribuem para a melhora no padrão do sono.

As justificativas para mudanças para *pior* foram descritas em função da qualidade e quantidade de sono:

*"perco muito o sono, fico encucado"; "hoje meu sono é leve e agitado"; "sonolento durante o dia, corpo mole"; "hoje sou insone"; "não durmo bem"; "não sinto descanso com o sono"*.

Apesar de essas justificativas indicarem mais propriamente a alteração do sono que a razão, o fato de os pacientes atribuírem essa alteração ao implante do marcapasso, pode ser investigado como um possível indicador de adaptação ao marcapasso.

No **Padrão Cognitivo e Perceptivo**, 44 (55,0%) pacientes não relataram presença de **desconfortos físicos** causados pelo marcapasso. Os demais 36 (45,0%) relataram algum tipo de desconforto, sendo que 23 (28,8%) desses pacientes, consideraram que isso trouxe alterações para *pior* em suas vidas e 13 (16,2%) afirmaram que a existência do desconforto físico não trouxe alterações ao seu dia-a-dia.

Os relatos dos desconfortos físicos causados pelo

implante do marcapasso que, todavia, não alteraram o dia-a-dia dos doentes, foram basicamente referentes ao incômodo para dormir, o que foi também relatado no estudo de Ferrán<sup>27</sup>. Além deste incômodo para dormir houve predomínio de relatos de dores em diferentes locais, como mostra a Tabela IV.

**TABELA IV**

DESCONFORTOS FÍSICOS QUE NÃO INTERFEREM NA VIDA DIÁRIA RELATADOS POR PACIENTES (80) COMO DECORRENTES DO IMPLANTE DE MARCAPASSO DEFINITIVO.

Desconfortos	N	%	Desconfortos	N	%
- Incomoda dormir	12	15,0	- Dor no ombro	2	2,5
- Dor na incisão	5	6,2	- Dor nas costas	1	1,2
- Dor nas axilas	4	5,0	- Dor estômago	1	1,2
- Dor no coração	4	5,0	- Dor abaixo da mama	1	1,2
- Dor nos braços	3	3,8	- Dor pescoço	1	1,2
- Dor nas pernas	2	2,5			

De forma análoga aos desconfortos que não interfeririam na vida diária, a maioria dos desconfortos que causaram alterações para *pior* foram relacionados à posição para dormir e dores na região do marcapasso, mas também houve associação do aparelho com outros males não cardíacos, como é evidenciado em:

*“não durmo do lado do marcapasso porque sinto ele batendo”; “gostava de dormir de bruço”; “não consigo dormir do lado esquerdo e não durmo de costas porque sufoca”; “sinto dor na região do aparelho quando faço esforço e não posso usar sutiã”; “tenho medo de deslocar o aparelho, já fez uma vez”; “dói no coração quando pego peso”; “braço fica dormente e dá uma puxada - fico preocupada que seja algum problema”; “fico irritado, com a dor na axila”; “me doem as pernas e braços depois que coloquei o marcapasso”; “dói o estômago”.*

É interessante perceber que as mesmas dores são mencionadas por uns como razão para mudanças para *pior*, enquanto que outros referem que não

interferem no seu dia-a-dia, evidenciando que o lidar com a dor/desconforto é algo subjetivo.

Além do mal-estar produzido pelo gerador para dormir do lado correspondente ao marcapasso, Ferrán<sup>27</sup> também descreveu relatos da presença de mal-estar ao realizar esforços e medo de que o gerador desloque-se ou exploda.

Do total de entrevistados, 24 (30,0%) não evitam a exposição a qualquer tipo de situação por ser portador de marcapasso. Os demais 56 (70,0%) **evitam expor-se** a certas situações com receio que alterem o funcionamento do marcapasso. Porém, dentre os que evitam expor-se, 30 (37,5%) não consideraram que isto traz mudanças ao seu cotidiano.

Os pacientes não utilizam o telefone celular ou o forno de microondas, evitam lidar com fios elétricos, lâmpadas e chuveiro elétrico ou tomar choque, não pegam peso, evitam fazer esforço físico, não utilizam metrô, elevador ou escada rolante, escondem-se quando há temporais com relâmpago e raios (acreditam que o marcapasso os atrai), evitam aglomeração de pessoas (receiam pancada sobre o gerador), não passam sob fios de alta tensão, não passam roupa, evitam presença de ímã e lavar capô de carro. Outros evitam rádio “chiando”, motor de carro, porta rotatória de bancos, levar susto, passar medo, não usam relógio digital, telefone sem fio, controle remoto, ferro a vapor, não entram em ressonância magnética, não mexem com rádio e altofalantes de carro, ou com antena de televisão.

Essas situações estão relacionadas na Tabela V a seguir, não sendo mutuamente exclusivas para cada paciente.

Outros 25 (31,2%) também fizeram esses relatos, mas consideraram que evitar a exposição à certas situações trouxe modificações no seu cotidiano para *pior* e apenas 1 (1,2%) paciente considerou que essas alterações foram para *melhor*.

As mudanças para *pior* foram na sua maioria relacionadas ao uso de aparelho celular e forno de

**TABELA V**

SITUAÇÕES QUE PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASSO DEFINITIVO (80) RELATAM EVITAR EXPOR-SE COM RECEIO QUE ALTEREM O FUNCIONAMENTO DO APARELHO, SEM INTERFERÊNCIA NO SEU DIA-A-DIA .

Situações	N	%	Situações	N	%
- Telefone celular	24	30,0	- Relâmpago	4	5,0
- Forno de microondas	20	25,0	- Aglomeração de pessoas	3	3,8
- Fios elétricos, chuveiro e lâmpadas	12	15,0	- Torre e fios de alta tensão	3	3,8
- Peso	12	15,0	- Escada rolante	2	2,5
- Choque elétrico	7	8,8	- Passar roupa	2	2,5
- Esforço físico	7	8,8	- Presença de ímã	2	2,5
- Metrô	4	5,0	- Lavar capô de carro	2	2,5
- Elevador	4	5,0	- Outros	12	15,0

microondas, interferindo inclusive no relacionamento familiar:

*“é muito ruim ter medo de chuva, raio, não poder usar celular”; “faz falta usar meu celular que parei após a reportagem na TV”; “queria usar o microondas, o celular, fazer esportes”; “vendi o celular, faz falta no trabalho”; “não aceito que meu genro use o celular perto de mim”.*

O esclarecimento sobre as fontes de interferência evita que o paciente exponha-se a riscos desnecessários. A imprensa, familiares e amigos tendem a influenciar a atitude dos pacientes, pois veiculam informações de maneira folclórica a respeito do uso de marcapasso<sup>9</sup>. A ausência de orientação, na opinião de Dodinot<sup>32</sup>, pode levar a uma série de interdições inúteis. Um paciente ansioso e temeroso tende a ouvir qualquer rumor.

Outro ponto levantado como mudança para *pio*r no dia-a-dia foi evitar lidar com eletricidade, o que muitas vezes causa dependência de outras pessoas:

*“em tudo que vou mexer procuro saber se dá choque”; “quero consertar as coisas elétricas de casa e não posso”; “espero meus filhos para trocar lâmpadas queimadas”; “é ruim depender dos filhos para pegar peso, passar roupa”; “espero minha esposa ligar o chuveiro, dependendo do favor dos outros para o banho”; “trabalhava com eletricidade e não mexo com mais nada elétrico”.*

Kormann<sup>40</sup> ressalta que a recomendação de evitar manusear eletrodomésticos com defeito é para que correntes de fuga não prejudiquem o funcionamento do gerador. Salvo essa situação, a utilização pode ser normal.

O trabalho também foi indicado como afetado pelo fato dos pacientes evitarem a exposição a determinadas situações com receio de que o funcionamento do marcapasso fosse alterado:

*“não entro na ressonância magnética para levar os pacientes que transporto, procuro alguém para fazer para mim”; “não trabalho mais na enxada, não posso ajudar”; “não passo na porta rotatória de bancos e preciso fazer depósitos diários”; “vendia roupa na rua, mas não posso mais pegar peso, parei”.*

A ressonância magnética é um dos procedimentos que tem sido sistematicamente contra-indicado em portadores de marcapasso, por não haver experiência acumulada que indique sua utilização com segurança. É sabido da possibilidade de o campo magnético estático afetar a operação normal dos sistemas de marcapasso<sup>9,21</sup> e o estudo de Fetter et al.<sup>41</sup> mencionou que os efeitos variam de acordo com o tipo de gerador e eletrodo. Provavelmente, com a evolução tecnológica, em breve os geradores não mais serão afetados.

Outras situações que os pacientes relataram evitar foram citadas, demonstrando claramente a ausência de informações:

*...“não deixo me abraçarem, tenho medo de machucar”;*

*...“quando o rádio ‘chia’ peço a vizinha ou o marido para arrumar”;*

*...“queria continuar a usar o metrô, escada rolante e elevador”;*

*...“não faço mais esporte com medo que o aparelho falhe e a celulite está aumentando”;*

O paciente que considerou o evitar exposição a situações como mudança para *melhor* justificou *...“evito cair, levar pancada, é bom porque sou mais cuidadoso”.*

Foi possível perceber que existem diferentes formas de lidar com o que acontece, algumas vezes levando a limitações que se alimentam do desconhecimento ou da interpretação errônea de informações. Daí a necessidade de uma relação profissional/paciente que permita a este verbalizar o que ocorre em seu dia-a-dia e também permita ao profissional fazer orientações prévias, de forma que o portador do marcapasso consiga interpretá-las adequadamente no seu contexto de vida.

**O Padrão de Auto percepção e Autoconceito** tem como item a ocorrência de alguma mudança na **maneira de ser** dos pacientes que eles atribuem ao implante do marcapasso, sendo que 59 (73,8%) afirmaram não ter havido qualquer alteração, 17 (21,2%) consideraram que houve mudanças para *melhor* e 4 (5,0%) para *pio*r.

As alterações para *melhor* foram justificadas na sua maioria pelo maior ânimo, disposição, segurança e menor agressividade proporcionados pelo implante do marcapasso:

*“mais tranqüila, mais calma”; “mais falante, não esconde mais as coisas”; “era calado, sempre pensando se ia cair, se tinha fôlego - hoje atravesso a rua sem pensar”; “mais animada”; “sou menos agressivo com as pessoas”; “era muito nervosa, batia nas crianças - hoje até estudo à noite”; “sinto mais confiança, mais segurança - não sou mais tão indefesa”; “desanimado, sem coragem no corpo”; “estou realizada - o cansaço não me deixava ser tranqüila, sou mais dinâmica, brincalhona”.*

Fica claro que para esses entrevistados a presença do marcapasso propicia uma sensação de poder e controle das situações diárias antes possivelmente restringidas pela insegurança ou impotência em relação à capacidade do próprio corpo. A vontade de viver, de olhar para frente, de sentir-se útil foi também considerada mudança para *melhor* e ficou registrada nas frases:

*“dei mais valor à vida - quero viver e preservar”; “tinha tristeza de viver - sou mais alegre”; “era menos alegre, sem vontade, menos útil”; “tenho mais vontade de viver”.*

As alterações na maneira de ser consideradas para *pior*, decorrem do fato de serem doentes, o que pode levar a um grau de ansiedade e insegurança que vêm à tona às vezes sob a forma de agressividade:

*“mais triste por ter doença”; “era alegre - sou fechada, agressiva, queria ser como era”; “fiquei mais nervosa, desconto nos filhos - não sofria dos nervos”; “era bagunceiro, ia a bailes e festas - hoje fico só em casa”.*

Novamente parece que o significado do marcapasso para os pacientes é bastante variado. Isto talvez dependa de os resultados irem ou não ao encontro das expectativas pré-implante e da forma de lidar com o estar ou não doente. Linde<sup>6</sup> pondera que as expectativas entre pacientes e médicos são diferentes. Os pacientes preocupam-se com seu bem-estar após o implante, sem se dar conta de como era sua vida antes do implante, e o médico detém-se na redução das queixas pré-implante.

No **Padrão de Desempenho de Papel e Relacionamento**, 50 (62,5%) entrevistados referiram que não houve mudanças no seu **relacionamento** com familiares, amigos ou no trabalho; já 17 (21,2%) mencionaram mudanças para *melhor* e 13 (16,2%), para *pior*.

As alterações para *melhor* no relacionamento foram justificadas pela maior atenção das pessoas, transmitindo uma sensação de que se importam com o paciente e pelo fato do mesmo sentir-se mais tranqüilo, o que facilita o relacionamento:

*“recebo maior apoio”; “são mais cuidadosos, me sinto mais querida”; “gosto que se preocupem comigo”; “mais tranqüilo, sociável, convivo com todos”; “não brigo mais com ninguém”.*

Para Oliveira, Gauch<sup>36</sup> muitos pacientes otimizam certos aspectos de vida, o que resulta em um melhor convívio familiar e social. Uma relação interpessoal significativa é um dos fatores que, na opinião de Greene, Moss<sup>8</sup>, colaboram com o ajuste do paciente **com e ao** marcapasso. Sem dúvida alguma, um bom relacionamento familiar e social leva o paciente a enfrentar melhor os desafios de uma doença ou tratamento.

Da mesma forma em que a maior atenção foi considerada positiva para alguns, foi negativa para outros por se sentirem mais dependentes, sob excessivos cuidados, ou por não perceberem sinceridade nas pessoas que os poupam constantemente dos fatos do dia-a-dia. Isto foi expresso nas afirmativas:

*“familiares receosos, brigam entre si para me defender”; “excesso de cuidados, não posso nem abrir gaveta”; “quem não bebe não tem muito amigo, a família fica preocupada - tudo que preocupa não é legal”; “são mais atenciosos, mas queria ser tratada como todo mundo”; “mais cuidadosos, acham que*

*sou doente e atrapalha - não gosto de depender de ninguém”; “não me deixam só e eu gosto de ficar sozinho”; “são mais cuidadosos mas não são tão verdadeiros”; “todos me consideram um coitado, até a esposa me largou”; “não gosto de ser paparicado”; “me sinto uma criança”.*

A perda do *status* na família em que antes era um participante ativo, mesmo frente aos amigos, leva a uma sensação de perda de controle e poder que McFarland, McFarlane<sup>42</sup> identificaram no portador de doença crônica, impondo uma adaptação à sensação de saúde flutuante e à dependência de outros, o que pode alterar o estilo de vida. Miller<sup>43</sup> acredita que a pessoa com doença crônica tende a diminuir seu autoconceito e sua energia física, e assim procura evitar o relacionamento com os amigos, o que pode levar a alterações nos relacionamentos pessoais.

Ainda nesse padrão, os pacientes foram questionados sobre as alterações no **trabalho** atribuídas à presença do marcapasso e 50 (62,5%) afirmaram não ter havido alterações, enquanto que 20 (25,0%) consideraram que houve mudanças para *pior* e 10 (12,5%), para *melhor*.

As alterações para *pior* foram apontadas em sua maioria por não conseguirem mais emprego ou terem sido aposentados ainda jovens, além da desvalorização daqueles em idade produtiva:

*“não consigo mais trabalho”; “quando recusam trabalho da gente nas firmas, é como se estivessem recusando alguma coisa da pessoa”; “me aposentaram por causa do marcapasso - tinha salário e benefícios”; “trabalho com remoções e não consigo mais carregar os pacientes”.*

O sentimento de desgaste precoce do corpo é bastante claro. Nesses pacientes percebe-se que não consideram sua capacidade diminuída pelo implante. Querem ser ativos e a sociedade impõe a restrição. Em geral, existe a crença que o portador de marcapasso é incapaz até do autocuidado e que o seu coração não resiste ao menor esforço.

Para os portadores de cardiopatia chagásica a situação pode ainda ser pior. Segundo Pessoa, Martins<sup>44</sup>, subsiste o conceito de que é um mal incurável, que evolui para a morte em pouco tempo, com repercussões psicológicas. Isto faz com que empresas recusem candidatos, impedindo-os de exercer o direito humano ao trabalho. O paciente acaba por se tornar uma pesada carga social, sobrevivendo às vezes da caridade.

Para Kormann<sup>40</sup>, o portador de marcapasso pode realizar esforços físicos em sua atividade profissional, caso não apresente insuficiência cardíaca e não existam inibições ou reversões de seu gerador por miopotenciais.

Ferrán<sup>27</sup> evidenciou que apenas 17,5% dos pacientes com idade média de 70,2 anos trabalhavam na época do implante. O marcapasso foi a causa da in-

turrupção do trabalho para 6,0% dos pacientes estudados e 7,0% continuaram trabalhando. Já no estudo de Wilson et al.<sup>45</sup> 70% dos pacientes com idade média de 66 anos eram ativos, sendo que, após o implante, 33% desses diminuiu ou interrompeu a atividade laboral. Segundo Leão<sup>9</sup>, o retorno ao trabalho é, em geral, aconselhável após trinta dias do implante.

As mudanças que foram consideradas para *melhor* estão ligadas ao fato de terem alcançado maior satisfação num trabalho que assumiram após terem sido dispensados de outro em decorrência do implante do marcapasso. Está presente a revolta com a discriminação, mas é interessante observar como, mesmo em momentos de crise, aqueles que otimizam seu desempenho, ou seja, não se sentem limitados pelo aparelho, saem-se bem ao enfrentá-los:

*“era doméstica e não consegui emprego - mudei para cabeleireira, estou bem”; “trabalhava com máquina de silk screen - me mandaram embora, hoje trabalho para mim”; “acho bom não poder mais lavar e passar para os outros é desgastante, quero outro serviço”; “me aposentaram e sou muito novo”; “mesmo aprovada em concursos públicos, no exame médico me reprovaram - me sinto frustrada, mas estou melhor por conta própria”.*

De acordo com Pessôa, Martins<sup>44</sup>, os cardiopatas chagásicos só não podem exercer atividades que coloquem em risco a vida e a segurança própria e de terceiros, como trabalhos em grandes alturas, carregar grandes pesos ou dirigir veículos por longo tempo. Após o implante do marcapasso, entretanto, podem desempenhar qualquer função, excetuando-se aquelas com equipamentos que possam causar interferência eletromagnética no aparelho<sup>21</sup>.

O procedimento mais adequado para os trabalhadores que se submetem ao implante de marcapasso deveria ser aquele descrito por Leite et al.<sup>19</sup>, em que apenas a função dos funcionários da empresa foi mudada após o implante. A instituição procurou saber quais atividades poderiam interferir no funcionamento do gerador e assim eles puderam manter os papéis sociais de provedores da economia familiar, não se tornaram um peso social e passaram a valorizar o trabalho, pois estavam cientes da dificuldade de conseguir outro emprego.

Questionados ainda se houve interferência nos **rendimentos**, 59 (73,8%) relataram que o implante do marcapasso não interferiu nos seus rendimentos; já 13 (16,2%) consideraram que as mudanças ocorridas em decorrência do implante foram para *pior* e 8 (10,0%), para *melhor*.

As alterações foram consideradas para *pior* basicamente em função da perda financeira:

*“não consigo trabalho e o INSS negou o benefício”; “quem tem marcapasso não consegue emprego, se tivesse saúde estaria ganhando mais”; “como aposentado o salário caiu”; “não consigo fazer as coisas, coloco gente para fazer e não fazem direito”.*

Essa perda financeira é apontada por Trentini et al.<sup>22</sup> como um dos fatores de isolamento social. Por fim, o paciente acaba por se considerar realmente incapaz, sofrendo de um mal incurável e debilitante, podendo até se tornar um neurótico.

Vários pacientes obrigados a procurar outra profissão consideraram a mudança para *melhor*, pois passaram a ganhar mais; outros que não trabalhavam, começaram a fazê-lo e por isso, sentem-se produtivos:

*“obrigada a mudar de profissão - ganho mais”; “ganho mais como ambulante”; “antes não tinha condições de trabalhar, hoje consigo”; “hoje trabalho e tenho salário”.*

No **Padrão Sexual Reprodutivo**, questionados sobre a possível interferência do marcapasso em sua **vida sexual**, 64 (80,0%) consideraram que isto não ocorrera; outros 9 (11,2%) afirmaram que houve mudanças para *pior* e 7 (8,8%) para *melhor*.

A maioria dos pacientes que afirmou ter havido mudança para *pior* após o implante alegaram impotência, perda ou diminuição da libido. Outros referiram cansaço e medo de machucar o local do implante:

*“fiquei impotente”; “me canso muito”; “receio, dependendo da posição, peço ao parceiro que mude de lado”; “parei por completo - canso muito”; não sinto mais vontade - marido reclama muito”; “ia tudo bem, mas depois da ablação e do marcapasso, o batimento do coração diminuiu e minha potência também”; “a esposa reclama que não é mais aquela potência de antes”; “diminuí a frequência”.*

Na opinião de Dodinot<sup>32</sup>, muito mais que o marcapasso, é o “coração subjacente” (emocional) que condiciona a vida sexual. O aparelho é às vezes “um bom pretexto evocado por um cônjuge pouco amante dos prazeres noturnos para aspirar tranqüilidade”. Não há forma de a sexualidade ser alterada “fisicamente” pelo marcapasso. A interferência pode ocorrer nos casos de marcapassos unipolares, quando há esforço da musculatura próxima do gerador<sup>21</sup>. Com frequência o parceiro pede informações sobre o assunto, mas em geral aqueles pacientes que tinham atividade sexual antes do aparecimento dos sintomas retornam a ela após o implante<sup>7</sup>. Para McConnell, Wilson<sup>46</sup>, a impotência e a perda da libido são causadas, na maioria das vezes em que não há disfunção orgânica, pela ansiedade e estados depressivos que inibem a estimulação sexual.

Em contraposição a esses relatos, os pacientes que referiram mudança para *melhor* afirmaram aumento da potência e libido, além da segurança de que não iriam morrer durante o ato sexual:

*“sou mais tranqüilo, se der deu - a vida ensina a ser mais calmo”; “tenho 58 anos, me sinto com 30”; “não agüentava, parecia uma tábua - hoje posso fazer quanto quiser”; “era fria, hoje sou mais disposta”; “hoje faço tranqüilo, tinha medo de morrer”.*

Oliveira, Gauch<sup>36</sup> lembram que alguns portadores

de impotência sexual por má perfusão tecidual melhoraram sensivelmente o desempenho com o aumento da circulação sanguínea. Talvez pudéssemos aqui também considerar que o maior controle da condição física propiciado pelo marcapasso permite dar atenção à atividade sexual, antes relegada a segundo plano.

Quanto aos planos de ter ou não **filhos**, 74 (92,5%) consideraram que o implante do marcapasso não os alterou; 4 (5,0%) afirmaram ter havido mudanças para *melhor* e apenas 2 (2,5%), para *pior*.

A mudança de planos considerada para *melhor*, teve razões variadas:

*“agora não me preocupa mais, quero casar e ter filhos”; “quiz mais um filho, quando soube que depois do marcapasso não podia mais e aí ganhei a laqueadura de graça”; “é melhor não ter mais filhos porque tenho medo de passar a doença para eles”.*

É interessante notar que enquanto uma das entrevistadas quer ter filhos, outra desejou aproveitar o momento em que isso era possível, e um terceiro acha melhor não ter mais filhos por medo de propagar seu problema. Nota-se que os entendimentos foram diversos: ao marcapasso é atribuído, ao mesmo tempo, a permissão e a restrição para a reprodução. Os pacientes parecem não relacionar suas restrições à sua condição miocárdica, apenas à presença do aparelho.

Os dois pacientes que alegaram mudança para *pior* tiveram razões diferentes e aqui se repete a situação em que concepções errôneas geram limitações:

*“falaram que não posso ter mais filhos - a última gravidez foi difícil”; “estou receosa em ter filhos”.*

No **Padrão de Tolerância e Resposta ao Estresse**, 62 (77,5%) relataram que o implante do marcapasso não modificou suas formas de **lidar com situações estressantes**. Outros 17 (21,2%) consideraram que houve mudanças para *melhor* e apenas 1 (1,2%), para *pior*.

O marcapasso parece ter influenciado na forma de lidar com situações difíceis, como se tornasse as pessoas mais fortes e seguras, levando-as a considerar a mudança para *melhor*:

*“era muito nervoso, não sou mais”; “não choro mais à toa”; “tolero mais, estou mais segura”; “o marcapasso me ensinou a encarar a vida como deve ser”.*

O paciente que considerou a alteração para *pior* afirmou ...*“meu sistema nervoso ficou mais frágil”.*

É possível perceber o quanto os Padrões estão interligados e refletem as influências mútuas de diferentes âmbitos do viver. Na maioria das justificativas fica claro que todas as reações ao implante do marcapasso baseiam-se nos modos de lidar com a situação e no quanto os resultados do implante atingiram suas expectativas. A expectativa do paciente e sua personalidade são fatores que afetam a recuperação psicológica após a intervenção<sup>33</sup>.

O **Padrão de Crenças e Valores** incluiu questionamento sobre a interferência do implante do marcapasso nas **crenças espirituais** dos pacientes e 65 (81,2%) deles afirmaram não ter havido interferência, enquanto que 14 (17,5%) consideraram ter havido mudanças para *melhor* e apenas 1(1,2%), para *pior*.

A presença da doença pareceu tornar algumas pessoas mais crédulas em um Ser superior, como foi evidenciado nas afirmativas dos que consideraram as alterações para *melhor*:

*“fiquei mais crédulo”; “hoje sinto a força divina em mim”; “creio mais, parei de reclamar, de ter pena de mim”; “acredito mais em Deus - ficou tudo melhor”; “não pensava que um aparelho tão pequeno podia salvar a vida de alguém - Deus estava presente, com ou sem saúde”.*

Houve porém aquele que considerou a mudança para *pior* e justificou:

...*“não tenho mais força para trabalhar com essas coisas”.*

Esse paciente referiu ter sido bastante ativo em atividades espirituais que exigiam certo envolvimento e para as quais acredita não ter mais “força”. Isso poderia advir da crença de que a presença do marcapasso significa “estar doente”, o que diminuiria a capacidade e conseqüentemente a disponibilidade das pessoas que assim pensam.

Questionados ainda sobre alterações nos **planos para o futuro**, 61 (76,2%) pacientes relataram não ter acontecido, enquanto que 11 (13,8%) consideraram as mudanças para *melhor* e 7 (8,8%), para *pior*.

Foi interessante a afirmação de três pacientes que não consideraram ter havido mudanças após o implante, mas que revelaram grande vontade de viver e certa resignação:

*“sempre lutei com vontade de vencer mesmo que fosse para morrer amanhã”; “aposentado não pode sonhar mais, né?”; “a vida da gente é só o dia de amanhã”; “o que eu tinha que fazer já fiz”.*

As alterações nos planos consideradas para *melhor* mostraram a convicção de que o tempo de vida é menor, mas faz com que encarem com otimismo e com a noção de que o tempo é precioso para realizar seus anseios e amparar a família:

*“passei a pensar em deixar alguma coisa para os filhos”; “realizei meus sonhos mais depressa”; “antes não tinha planos, hoje faço o que quero, não tenho mais medo de cair”; “quero viver o que puder, não sei quanto tempo vou viver”; “quero fazer faculdade e viver o que puder”; “valorizo mais meu trabalho, quero fazer carreira mais cedo”; “sonho mais alto”; “sei que vou viver mais - se a pilha gastar, troca-se”.*

As mudanças para *pior*, nos planos, em decorrência do implante do marcapasso, deveram-se basicamente à perda do *status* financeiro:

*"queria construir minha casa, não tenho mais força e não posso pagar para fazerem"; "aposentaria se tivesse renda melhor"; "podia estar ganhando mais".*

Foi mencionado por Simon et al.<sup>18</sup> e por Hesse<sup>17</sup> que programas de educação iniciados pela equipe no pré-operatório e mantidos após o implante podem ser responsáveis pela ausência do *"pacemaker panic"* descrito por Goldman et al.<sup>16</sup>.

## CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS

Os relatos de 80 pacientes com marcapasso definitivo permitiram identificar que:

- o marcapasso altera para melhor os hábitos de vida dos portadores, no que se refere à sua percepção da "saúde em geral" e à sua capacidade de realizar "atividades físicas";

- em todos os itens pesquisados houve relato de alterações, com exceção do item "eliminação vesical", para o qual nenhum paciente relatou alterações;

- as maiores freqüências de alterações para *piores* recaíram em "desconfortos físicos" (28,8%) e "evitar a exposição a situações específicas" (31,2%).

O implante de marcapasso tomou um lugar comum como procedimento cirúrgico e a atitude casual da equipe em relação ao procedimento contrasta com o grande significado que lhe é atribuído pelo paciente.

A capacidade de exercer funções que dão sentido à existência, como produzir, viver em sociedade, ter estabilidade emocional, capacidade intelectual, enfim a satisfação de viver, são aspectos considerados pelos pacientes e que afetam sua aceitação do aparelho, que ora "controla" suas funções e, por que não dizer, pode determinar sua existência.

A importância atribuída a cada um desses aspectos é individual e, por essa razão, os profissionais têm de reconhecer que a eficiência não pode ser medida apenas pela capacidade de aplicar o conhecimento científico, prolongando a vida das pessoas como um resultado do milagre da tecnologia, mas também pela atenção aos valores dos indivíduos que são sua razão de viver. Essa ligação pode ser feita pelo profissional aproximando a ciência do humanismo.

Parece simples colocar uma prótese para auxiliar o batimento cardíaco e com isso minimizar atenção à gravidade do quadro, como se fosse um paliativo, um bálsamo. Se o marcapasso está bem, então o paciente não tem problemas, pode ir embora. O que interessa é que o paciente sempre retorne nas datas marcadas para que o marcapasso seja reavaliado, como se fosse esse o único ponto que merecesse atenção. Sem perceber, talvez essa insistência aumente a ansiedade do paciente e supervalorize a parte mecânica, como se tudo mais não fosse tão importante e fosse simples de resolver, levando a uma inversão de valores. O marcapasso é o que é fácil de ser avaliado, para detectar e sanar

os problemas. Ele é de certa forma previsível, afinal nada mais é que uma máquina. Precisamos ter consciência de que bem conseguir, qual mal evitar.

É verdade que os aspectos evidenciados por essa pesquisa não são regra geral. A maioria dos pacientes envolvidos neste estudo ajustou-se bem ao marcapasso, muitos obtiveram melhora dos sintomas e de certa forma rejuvenesceram. O teste estatístico mostrou que as alterações nos hábitos de vida não foram significativas, exceto na percepção da saúde em geral e nas atividades físicas, em que as mudanças foram consideradas para melhor. Não podemos entretanto, por esses resultados, fechar os olhos àqueles que apresentaram alterações consideradas para pior em suas vidas.

Ficou clara a noção de que há perda de *"status"* familiar, social e no trabalho. O paciente passa a ser aquele que "não pode isso", "não deve aquilo", quando antes era ativo. Após o implante experimentam fraqueza, não bem submissão, mas limitação – sujeitos que estão a certas restrições impostas pela doença, pelo aparelho, pelo médico, pela família, pela imagem que o portador de marcapasso tem na sociedade. Enfrentam o sentimento de piedade dos outros ("coitado, tão novo!!") Sentem-se inúteis, com o corpo desgastado - principalmente os mais jovens, e manifestam certa revolta com o provável limite de tempo de vida.

Revoltam-se também com a perspectiva da perda do emprego ou com a impossibilidade de conseguir trabalho sempre que se dizem portadores de marcapasso. A nova condição serve, todavia, de estímulo para alguns que mudam de emprego e levantam-se sozinhos, mostrando que a estrutura pessoal é um fator que muito influencia o desempenho individual.

Por outro lado, muitos recebem maior atenção familiar, o que incomoda uns e agrada a outros. Essa ação protetora pode estar substituindo uma relação que antes era de troca, de partilha ou mesmo invertendo papéis, daí a impotência para reagir.

As mulheres muito ativas ressentem-se com as restrições impostas pelo médico, pela família ou por si próprias, por terem pouco ou nada para fazer. Os homens queixam-se das restrições médicas ao jogo de futebol, geralmente o único lazer de que dispunham. Há outros que gostam de dançar e não mais o fazem por receio de brigas no salão ou apenas pela aglomeração de pessoas. Porém, em geral, o marcapasso parece melhorar seu desempenho físico.

Ficou claro o quanto é essencial a presença de orientações que antecedam o implante e que continuem a cada consulta de retorno, com um programa de acompanhamento. O paciente bem orientado, de forma detalhada, terá maior controle de sua situação, o que poderá diminuir sua ansiedade. O desconhecimento gera falsas sensações e associações errôneas com distúrbios provocados por outras do-

enças. Aquele em que o implante foi súbito, sem um passado de sintomas, tende a questionar a indicação e mesmo manifesta certa revolta quando compara a vida anterior com a atual.

As alterações nos hábitos de vida evidenciadas nesta pesquisa podem indicar que esse é um assunto que merece a atenção do profissional. O marcapasso possibilita a sobrevivência, mas o ajuste do paciente a ele será tão maior quanto maior for o grau de interação com a equipe que o acompanha e quanto mais individualizado o atendimento.

O profissional deve considerar todos os aspectos que possam afetar a aceitação do marcapasso pelo paciente, desde a sua situação sócio-econômi-

ca, o ambiente familiar, o trabalho e o lazer, lembrando sempre que o alcance das expectativas pessoais e da satisfação nos atos mais corriqueiros, é a essência do sucesso de qualquer intervenção.

Não podemos admitir que o avanço da tecnologia e da efetividade terapêutica, que faz aparelhos cada vez mais perfeitos, tenha como correlato o distanciamento dos pacientes, que assim buscarão suporte apenas nas fontes de informação que consigam por si próprios, caracterizando o descuido na relação interpessoal, que deveria ser um instrumento tanto para auxiliar os pacientes a expressar seus temores, dúvidas e incertezas, como para os ajudar a interpretar as informações recebidas.

Reblampa 78024-267

---

Brasil V V. Cruz D A L M. Quality of life modifications reported by permanent cardiac pacemaker patients. Reblampa 2000; 13(2): 97-113.

**ABSTRACT:** The treatment of the cardiac conduction system disturbances improved with the development of the permanent cardiac pacemakers (PM). The authors perceived that pacemaker patients reported some kinds of fear concerning the machine that was stimulating their heart beating, and that their daily living activities seemed to be altered. The aim of this study was to identify the alterations in the daily activities reported by the patients as caused by the PM implantation. Eighty patients were studied and data were collected by an interviewing form based on the Functional Health Patterns (GORDON, 1994). The patients were asked if they had noticed any alteration caused by the PM. As for the alterations, the patients were asked if they had been "better or worse". To analyze the answers of the presence or absence of alterations in the activities of daily living, the statistical "test of one proportion" was used. The results pointed out that the frequency of alterations for a "better way" was significantly higher in two items - the "perception of his own health" and in the "physical activity". The study findings showed that the more information the patients receive before and after the PM implantation, the better and higher level of PM adjustment they will have. Their conceptions and beliefs about the treatment might influence their quality of life. We must consider all aspects that may affect the PM acceptance - the patients' socioeconomic situation, their family environment, working, leisure activities and the emotional impact of the PM implantation, using all these in a teaching program. We should always seek but individualized care and bear in mind that, reaching personal expectations of the patients, as well as their satisfaction in the most common and usual acts, are the core of the success of any intervention.

**DESCRIPTORS:** pacemaker, quality of life.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil - Sistema Único de Saúde - SUS: Brasília, 1993.
- 2 Sutton R. Pacing in the elderly patient. *Cardiology Elderly* 1994; 2(2): 171-5.
- 3 Costa R. Análise das características clínicas dos pacientes submetidos a implante inicial e a reoperações. Apresentação dos dados do registro brasileiro de marcapassos (RBM) referente ao ano de 1997. *Reblampa* 1999; 12(3): 121-7.
- 4 Leão M I P. Costa R. Pachón-Mateos J C. Galvão Filho S S. Takeda R T. Registro brasileiro de marcapassos no ano de 1995: análise do perfil de pacientes chagásicos e não chagásicos. *Reblampa* 1996; 9(2):75-82.
- 5 Kormann D S. Gauch P R A. Takeda R T. et al. Consenso para o implante de marcapasso cardíaco permanente e desfibrilador - cardioversor implantável - 1995. *Reblampa* 1995; 8(1): 4-11.
- 6 Linde C. Quality of life in pacemaker patients. In: Barold SS. Mugica J., editors. *Recent advances in cardiac pacing: goals for the 21<sup>st</sup> century*. Armonk (NY): Futura Publishing Company 1998: 433-44.



- 7 Li C K. et al. Atrial automatic tachycardia-reversion pacemakers: their economic viability and impact on quality-of-life. *PACE* 1990; 13(5): 639-45.
- 8 Greene W A. Moss A J. Psychosocial factors in the adjustment of patients with permanently implanted cardiac pacemakers. *Ann Intern Med* 1969; 70(5): 897-902.
- 9 Leão M I P. Normas de orientação para pacientes portadores de marcapasso. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994; 4(1): 62-71.
- 10 Catipovic-Veselica K. Skrinjaric S. Mrdenovic S. et al. Emotion profiles and quality-of-life of paced patients. *PACE* 1990; 13(4):399-404.
- 11 Morreim E H. Computing the quality of life. In: Agich GH. Begley CE., editors. *The price of health*. Dordrecht: D.Reidel, 1986: 45-69.
- 12 Medical ethics and the future of quality of life research. *Prog Cardiovasc Nurs* 1992; 7(1): 12-7.
- 13 Craig H M. Edwards J E. Adaptation in chronic illness: an eclectic model for nurses. *J Adv Nurs* 1983; 8(5): 397-404.
- 14 Llewelyn S. Fielding G. Psychology: adapting to illness. *Nurs Mirror* 1983; 156(14):28-9.
- 15 Blacher RS. Basch SH. Psychological aspects of pacemaker implantation. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 22: 319-23.
- 16 Goldman B S. et al. Pacemaker panic. *Am J Cardiol* 1972; 30(11): 705.
- 17 Hesse KAF. Meeting the psychosocial needs of pacemakers patients. *Int J Psychiat Med* 1975; 6: 359-72.
- 18 Simon A B. Kleinman P. Janz N. Suicide attempt by pacemaker system abuse: a case report with comments on the psychological adaptation of pacemaker patients. *PACE* 1980; 3(2): 224-8.
- 19 Leite R C C. Bruni E J. Zanetti V H V T. Experiência com dois portadores de marcapasso cardíaco em empresa automobilística. In: [Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho] 5, Florianópolis, 1987. *Anais* 1987; 1: 235-41.
- 20 Gauch P R A. Acompanhamento do paciente portador de marcapasso. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994; 4(1): 6-12.
- 21 Gauch P R A. Halperin C. Galvão Filho S S. et al. Orientações a respeito das interferências sobre marcapassos cardíacos - Deca Daec-1996 *Reblampa* 1997; 10(1): 4-12.
- 22 Trentini M. Silva D G V. Leiman A H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev Gaúcha Enf* 1990; 11(1): 18-28.
- 23 Ferrans C E. Quality of life: conceptual issues. *Seminars Oncol Nurs* 1990; 6(4): 248-54.
- 24 Organización Mundial de la Salud. *El embarazo y el aborto en la adolescencia*: Ginebra 1975; 583 (Série de Informes Técnicos)
- 25 Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3 ed. St.Louis: Mosby,1994.
- 26 Berquó E S et al. *Bioestatística*. 1 ed. Rev. São Paulo: EPU, 1980.
- 27 Ferrán M B. Estudio de calidad de vida en portadores de marcapaso. *Rev Española Cardiol* 1995; 48(5): 305-17.
- 28 Wenger N K. Mattson M E. Furberg C D. Elison J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am J Cardiol* 1984; 54(7): 908-13.
- 29 Ferrans C E. Powers M J. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Scien* 1985; 8(1): 15-24.
- 30 Burckhardt C S. Woods S L. Schultz A A. Ziebarth D M. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Res Nurs Health* 1989; 12(6): 347-54.
- 31 Campbell A. Subjective measures of well-being. *Am Psychol* 1976; 31(2): 117-24.
- 32 Dodinot B. Problèmes psychologiques posés par les stimulateurs cardiaques. *Ann Med Psychol* 1990; 148(1): 110-2.
- 33 Wingate S. Levels of pacemaker acceptance by patients. *Heart Lung* 1986; 15(1): 93-100.
- 34 Tamarisk N K. Enhancing activity levels of patients with permanent cardiac pacemakers. *Heart Lung* 1988; 17(6): 698-705.
- 35 Medeiros P T J. Escolha do modo ideal de estimulação cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994; 14(1): 1-5.
- 36 Oliveira M F P. Gauch P R A. Alterações psicossociais em pacientes portadores de marcapassos cardíacos. *Reblampa* 1993; 6(2): 84-6.
- 37 Galvão Filho S S. et al. Síndrome do Marcapasso. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994; 4(1): 21-5.
- 38 Sager D P. The person requiring cardiac pacing. In: Guzzetta CE. Dossey BM.,editors. *Cardiovascular nursing: bodymind tapestry*. St. Louis: CV Mosby, 1984: 357- 417.
- 39 Mickley H. Petersen J. Leisure activities and sports in younger pacemaker patients. *Ugeskr - Laeger* 1989; 151(42): 2713-5.
- 40 Kormann D S. O desafio dos marcapassos. *A C cardiologia* 1981, ago: 30-9.
- 41 Fetter J. et al. The effects of nuclear magnetic resonance imagers on external and implantable pulse generators. *PACE* 1984; 7(4): 720-7.
- 42 McFarland G K. McFarlane E A. *Nursing diagnoses and treatment: planning for patients care*. St. Louis: CV Mosby, 1989.
- 43 Miller J F. *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1992.
- 44 Pessoa S M. Martins A V. *Pessoa parasitologia médica*. 11.ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1988.
- 45 Wilson J G. et al. Factors affecting patient recovery following pacemaker implantation. *PACE* 1984; 2(6): 554-62.
- 46 McConnell J D. Wilson J D. Impotência. In: Wilson J D. editor, *Harrison Medicina Interna*. 12.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992: 202-6.