

# A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca

*Perception of patient with heart disease for an active life recovering from cardiac surgery*

Carmem Galter<sup>1</sup>, Gláucia da Costa Rodrigues<sup>1</sup>, Elizabeth Correia Ferreira Galvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Santos-SP, Brasil.

## Resumo

**Objetivo** – Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e explicativa, com método qualitativo e delineamento não experimental, cujo objetivo é conhecer as dificuldades e restrições no retorno à vida ativa, dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Considerou-se a necessidade do suporte familiar, num processo norteado de incertezas e dificuldades de adaptações ao novo estilo de vida, suporte este que atua como ferramenta fundamental para a diminuição de fatores de risco da doença. **Métodos** – A pesquisa foi realizada em um ambulatório médico de especialidades do Município de São Paulo. A amostra foi composta por cinco pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, que concordaram em participar do estudo. **Resultados** – Os dados foram coletados através de entrevista gravada, transcritos e classificados em categorias de análise. **Conclusões** – Devido ao fato do paciente estar em constante interação com o grupo familiar e com a doença, o acompanhamento prolongado nos programas de reabilitação cardíaca com inclusão dos familiares, proporcionariam melhores resultados e consequentemente melhoria na qualidade de vida desses cardiopatas.

**Descritores:** Cardiopatias; Período pós-operatório; Reabilitação; Percepção

## Abstract

**Objective** – This is a descriptive, exploratory and explanatory study, with qualitative method and not experimental design, which goal is to understand the difficulties and restrictions on the return to the active life, from patients submitted to cardiac surgery. Was considered the need of family support, in to a guided process of uncertainties and difficulties of adaptation to new lifestyles. This support acts as a fundamental tool for the reduction of risk factors for disease. **Methods** – The survey was conducted in an outpatient medical specialty in São Paulo. The sample consisted of five patients undergoing cardiac surgery, who agreed to participate in the study. **Results** – Data were collected through recorded interviews, transcribed and classified into categories of analysis. **Conclusions** – Due to the fact that the patient is in constant interaction with the family group and with the disease, the inclusion of family members in cardiac rehabilitation programs would provide better results and consequently improved quality of life of cardiac patients.

**Descriptors:** Heart diseases; Postoperative period, Rehabilitation; Perception

## Introdução

O tema escolhido para esta pesquisa foi a percepção do cardiopata para vida ativa após a recuperação de uma cirurgia cardíaca. Trata-se de uma fase alheia à de rotina e pouco conhecida, já que após a etapa crítica de recuperação não se conhecem as dificuldades reais e suas limitações, fato este que pode influenciar na continuação do tratamento de muitos pacientes.

A opção por este tema foi o fato de o ser humano, quando atingido por uma enfermidade, tornar-se vulnerável e estar circunstancialmente afetado pela doença e ameaçado, às vezes, de invalidez e de morte. Isto faz surgir sentimentos de insegurança, solidão, medo e desamparo, levando-o à buscar na equipe de saúde não apenas a sua cura, mas também segurança, afeto e solidariedade.

Muitos avanços têm ocorrido na cirurgia cardíaca, tornando a correção cirúrgica de uma variedade de lesões cardíacas uma opção terapêutica viável para um número cada vez maior de pacientes com doenças cardiovasculares<sup>1</sup>. Apesar do aumento nos riscos, particularmente relacionados à idade e doença avançada, os pacientes cardíacos cirúrgicos de hoje desfrutam acentuadamente de melhores condições de cirurgia, do que quando comparados aqueles operados há dez anos.

Após a realização da cirurgia cardíaca, seja qual for, vem a fase de recuperação e reabilitação do indivíduo. O objetivo da reabilitação cardíaca não é somente melhorar a capacidade funcional cardiovascular, com isto melhorando a qualidade de vida, mas também controlar fatores de risco coronariano, reduzindo a probabilidade de recorrência e diminuindo a morbidade e mortalidade.

Para promover a reabilitação após a cirurgia de revascularização do miocárdio, as pessoas precisam, muitas vezes, mudar comportamentos (deixar de fumar, controlar o estresse, mudar a dieta ali-

mentar) e assumir novas tarefas (praticar exercícios físicos e usar medicamentos). Autoestima e autoeficácia seriam fatores que influenciariam as mudanças de comportamento. Um indivíduo com baixa autoeficácia e baixa autoestima, provavelmente, teria uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e manter a mudança necessária para a sua recuperação<sup>4</sup>. Portanto, é fundamental que tanto pacientes quanto familiares tenham compreensão do significado da enfermidade e aprendam a conviver com ela, sabendo quais serão os ganhos e perdas diante das suas decisões<sup>5</sup>.

Avaliar a qualidade de vida (QV) de pessoas com doenças crônicas tem sido uma maneira de determinar o impacto do cuidado de saúde quando a cura não é possível<sup>6</sup>. Esse conceito é abordado em estudos de pessoas com doença arterial coronariana que têm sido submetidas a diferentes tipos de tratamento, entre eles a cirurgia de revascularização do miocárdio.

As experiências da doença e da cirurgia cardíacas marcam uma ruptura no modo de viver, trabalhar e compreender o processo saúde-doença.

O objetivo deste estudo foi conhecer as dificuldades e restrições, no retorno à vida ativa, dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

## Métodos

O estudo adotou o método descritivo, exploratório, qualitativo, com delineamento não experimental. Optou-se pelo método qualitativo porque se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, dos sentimentos e pensamentos<sup>7</sup>.

A pesquisa foi realizada através do recrutamento dos indivíduos atendidos em uma instituição de saúde privada, tipo ambulatório

médico de especialidades cardiovasculares, situada no município de São Paulo/SP.

A pré-seleção foi feita pelo médico responsável pelo consultório, que recebeu estes cardiopatas em consultas de retorno e informou quais pacientes atendiam ao critério da amostra de terem sido submetidos à cirurgia cardíaca.

Foram excluídos da amostra os sujeitos que não foram submetidos à cirurgia cardíaca ou aqueles que mesmo atendendo aos requisitos anteriores, não concordaram em participar da pesquisa.

Após o aceite da Instituição, a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o nº 325/09 e a definição dos sujeitos da amostra, os mesmos foram contatados por telefone e comunicados sobre o propósito do trabalho e o conteúdo da entrevista, bem como a forma de gravação através de áudio que, após a devida autorização, seria transcrita na íntegra e transformada em categorias de análise. Neste momento, foram acordados dia, hora e local para realização da entrevista, podendo esta ser realizada na residência ou no consultório médico, conforme sua conveniência.

Foram entrevistados cinco pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e, que aceitaram participar da pesquisa, cientes de que esta incluiria entrevista gravada e posteriormente transcrita e publicada.

Os pesquisados que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, para pesquisas que envolvem seres humanos.

Foi aplicado um roteiro contendo três questões estruturadas. O roteiro foi composto por duas partes: a primeira parte com dados de caracterização da amostra e a segunda, com entrevista gravada referente à volta a vida ativa depois de passado o período de recuperação de cirurgia cardíaca.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram ouvidas, transcritas na íntegra e agrupadas em categorias de análises, para dar voz às narrativas dos sujeitos.

Categorias de análise são capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a interpretação contextual, contendo e expressando relações e representações peculiares do grupo em questão.

## Resultados e Discussão

Após a coleta de dados, através de entrevista gravada com cinco pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, os quais foram aleatoriamente selecionados, percebe-se que a amostra caracterizou-se por pacientes do sexo feminino na sua maioria com idades variadas entre 45 a 70 anos, e todos com diagnóstico pregresso declarado de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

A amostra caracterizou-se por ter, em sua maioria, antecedentes familiares mórbidos, destacando-se o tipo predominante de antecedentes relacionados a doenças cardiovasculares. Entretanto vários outros tipos foram apontados, tais como bronquite, acidente vascular encefálico e transtornos mentais.

O período de internação hospitalar para a realização da cirurgia cardiovascular variou entre 6 e 8 dias, com apenas um relato de internação que perdurou por 16 dias.

A maioria dos pacientes entrevistados tem profissão definida e retornou ao trabalho após o período de reabilitação.

Para melhor entender as narrativas dos entrevistados após a transcrição das entrevistas, optou-se por utilizar as categorias de análise, a fim de exemplificar os pontos que se direcionam para os objetivos desta pesquisa.

Adotou-se a inicial "C", seguida de um número para identificar a fala com o cardiopata entrevistado.

**Categoria de análise 1** – Sentimentos vivenciados pelos pacientes após o período de reabilitação.

Nesta categoria agruparam-se as narrativas que direta ou indiretamente expressam os sentimentos vivenciados pelos pacientes após receberem alta hospitalar.

*"O meu sentimento foi quanto ao ato de deitar de barriga para cima, por que o meu costume não era esse e eu sofri muito com isso, no mais foi tudo bem, um outro sentimento foi quanto ao ato de levantar da cama, por que a gente não poderia levantar depressa, devido ao medo de voltar para o hospital"* – C1

*"Sem nenhum medo, eu fui para casa confiante e achando que era uma coisa normal NE, e que logo estaria bem para continuar minhas atividades e que aquilo era só um benefício, da maneira como eu estava anteriormente, NE, que eu não aguentava nem andar duas quadras, então vi que a cirurgia foi só benefício."* – C2

*"Eu sentia muita dor, comecei a sentir vontade de sair à noite para depois dormir durante o dia, comecei a sair de madrugada, tinha vontade e morrer e nem sono eu tinha, parece sabe um espírito que entra dentro da gente, eu tinha medo de morrer e de operar, depois que fui operado mudou um pouco o que eu sentia. Estou tomando remédios para ver se melhora a vontade de morrer. Eu passei uns 15 a 20 dias com a vontade de morrer e ainda estou com esse negócio ainda a vontade de morrer. O médico disse que eu estava com depressão. É como eu falei para você parece uma coisa ruim que entra dentro da gente de vez em quando, e aí volta a vontade de sair de madrugada por aí. O remédio agora está ajudando, estou mandando manipular, mas, é muito ruim ainda, é horrível pensei que não existia algo assim, quando uma pessoa está com depressão, essa vontade de sair à noite, a vontade de morrer, isso é só pessoa tendo é que sabe como é e é complicado."* – C3

*"Ah, bom, o meu sentimento lógico a gente fica triste, por que foi uma coisa assim, repentina, eu não esperava, mas, assim medo, bom um pouco a gente tem, mas assim, de tomar banho, a minha filha vem e me ajuda, dormir, não pode dormir de lado, tem que ficar sempre de barriga para cima, mas, para mim eu passei, eu consegui entendeu. Não foi uma coisa assim, aquela coisa que como eu poderia dizer, triste a gente fica, mas, eu recebi muito apoio do meu esposo, de toda a minha família tanto que eu sempre falo, ah eu não tenho assim que falar que foi uma coisa assim de sete cabeças. O problema mais prejudicial mesmo foi no hospital quando você vai para UTI, ali eu tive medo."* – C4

*"Ah, eu sentia um pouco de medo, quando eu cheguei em casa, eu quase não posso, tive a sensação que ele iria abrir. Fiquei meio aborrecido, pois, eu dependia de todos, o tempo inteiro, minha filha me ajudou muito, depois foi passando o tempo e eu fui me adaptando."* – C5

Pôde-se verificar que os sentimentos expressados pelos cardiopatas em seus relatos, estão intimamente ligados a temores, preocupações, insônia, tristeza e depressão.

A impossibilidade de dormir e de sentir-se repousado é uma queixa frequente nesses pacientes. A recomendação de permanecer em decúbito dorsal (não dormir de lado) e a dor foram as causas atribuídas à privação do sono.

A privação do sono é a remoção ou supressão parcial do sono e esta condição pode causar diversas alterações endócrinas, metabólicas, físicas, cognitivas e neurais, que em conjunto comprometem a saúde e a qualidade de vida do sujeito nestas condições<sup>8</sup>.

Quanto ao estado de tristeza ocasional e situacional, ela é passageira, verificando-se que momentos de baixa estima e de tristeza são absolutamente normais nos seres humanos, o que é sentido como um mal-estar, fadiga, ou ansiedade. Entretanto, a tristeza pode evoluir para depressão: em um dos entrevistados a depressão foi diagnosticada e sendo necessária a adoção de terapia medicamentosa.

A importância do suporte emocional dentro dos grupos de cardiopatas, essencialmente do grupo familiar, tende a promover maior sucesso na reabilitação. Diante disso, o indivíduo se sente acolhido e respeitado, gerando um fator de proteção<sup>9</sup>.

**Categoria de análise 2** – Dificuldades encontradas pelos cardiopatas no retorno a vida ativa.

Nesta categoria agruparam-se as falas que direta ou indiretamente apontam as dificuldades nos cardiopatas relacionados ao retorno à vida social e profissional.

*"A minha dificuldade foi em relação ao trabalho não é, por que eu estava acostumada a fazer as minhas coisas e eu não podia, então a gente fica assim, ansiosa com aquele momento, é a dificuldade que eu encontrava na luta do dia-a-dia."* – C1

*"Bem a dificuldade maior que eu tive foi a cama, por que ela era muito baixinha e eu tive que comprar um box, mas, voltando ao problema, outra dificuldade foi a perna né, por que tirar a bendita safena e eu não conseguia andar e eu tinha que andar 15 minutos por dia, aí minha irmã e minha filha me pegava uma de cada lado do braço e me ajudava a andar 15 minutos por dia em volta do prédio, foi a única dificuldade que eu tive, né, o resto foi tudo tirado de letra."* – C2

"Ah, sentia muita dor no peito, e também não estava acostumado a dormir de barriga para cima, eu dormia pouco, cheguei a dormir uma semana praticamente sentado, não dormia, por que não tem como, você não pode dormir de lado, e não quer atrapalhar a posição do outro. Você tem que dormir de barriga para cima, levantar de barriga para cima, ser puxado de frente e praticamente reto e dormia tanto que você não dorme direito, andar também você deve andar, mas em função da cirurgia você não tem força, eu ia fechar a torneira do chuveiro, mas não tinha força, a força (força motora), começou a vir aos pouquinhos em 15 a 30 dias". – C3

"Bem a dificuldade para mim, foi para dormir, por que o médico exigia que ficasse dois meses na mesma posição, mas, eu consegui, hoje já vai fazer seis meses que eu operei, então o que eu sinto mesmo é um pouco de cansaço, mas, isso é por que eu não faço as atividades certas. Eu teria que andar, caminhar, fazer hidroginástica, isto eu não estou fazendo, cansa ainda, me canso um pouco, mas, é diferente de como era antes, mas está bom". – C4

A dificuldade que eu encontrei foi para dormir, por que eu tinha que dormir de barriga para cima, tinha medo né, de esquecer e virar á noite. A minha perna inchou um pouco no local, mesmo depois que sarou ainda incha e dói para andar. Como eu gosto de fazer uns servicinhos de casa, a gente perde a força". – C5

Os entrevistados demonstraram dificuldades em relação à posição para dormir de barriga para cima, dificuldades com a mobilidade e a deambulação, dor, força motora reduzida, limitação de movimentos, e dificuldades na adesão aos exercícios físicos.

Associadas à dor e aos distúrbios do sono, as alterações no padrão de motricidade, com perda da força muscular, resultam em menor motivação para o cooperativismo do tratamento, no que tange à atividade física. A intolerância ao exercício físico prediz pior capacidade de realizar tarefas do cotidiano. Além disso, o exercício físico regular além de atenuar o estresse emocional, produz uma variedade de efeitos favoráveis como aumento da longevidade, diminuição da mortalidade e da incidência de desordens metabólicas, entre outros<sup>10</sup>.

**Categoria de análise 3 – Problemas encontrados pelos cardiopatas em relação às restrições físicas e mudanças de comportamento**

Organizou-se nesta categoria as narrativas que direta ou indiretamente apontaram os problemas encontrados pelos cardiopatas em relação às restrições impostas pela sua condição de pós-operado de cirurgia cardiovascular.

"Ah, hoje eu me sinto bem, graças a Deus eu me sinto bem, faço as minhas coisas, não tenho problema algum, graças a Deus eu estou bem, estou me sentindo muito bem, eu levanto, faço as minhas coisas, ando bem e não sinto nada. Então graças a Deus eu estou bem". – C1

"A principal é a alimentação, por que tem que ser mais verduras, eu não comia verdura nenhuma e frutas, é tudo muito restrito, por que nem de todas as frutas que eu gosto, e o que eu gosto é muito pouquinho, eu agora faço mais força para comer mais.

Agora eu estou chamando as verduras de capim, por que ninguém aguenta comer capim a vida inteira e eu tenho que comer e o pessoal da minha casa briga muito comigo eles exigem, me ajudam, mas, podendo eu dou minhas escapadelas, e como uma coisa assim ( que não pode comer), carne por exemplo, churrasco, eu adoro carne de porco, inclusive eu perguntei para o médico, se eu podia comer carne de porco, ai ele disse: é na sua idade, a senhora pode comer um pedacinho. Então que dizer eu não vou viver muito para comer carne de porco. Ai eu comentei com ele que eu não vou viver muito sem comer a carne de porco, então até ele liberou assim um pouco mais, isto quanto à alimentação.

Agora quanto a voltar ao trabalho, sem problemas, por que as coisas que eu faço né, e é sem problemas até porque eu gosto das coisas que eu faço né, ver gente, verificar o local, e eu faço todas as coisas que tem que ser feitas no trabalho.

É vida sexual que é que meio assim né, por que a gente tem medo ainda e principalmente por causa da dor, da dor do peito, que houve a cirurgia e ficou é, como se chama né, ah, é o hematoma né que ficou. Então a gente tá indo assim meio devagar, mas o serviço de casa ainda não fiz, também por que eu tenho uma moça que me ajuda, limpa a cozinha, limpa a casa, então esse serviço ainda não.

E peso que é recomendado a não fazer, (não pegar peso) também geralmente mas eu procuro não fazer quando eu vejo que está fora do meu alcance eu chamo alguém para ajudar procuro evitar, passar dos limites, mas, não é fácil, por que a gente tinha uma vida muito inde-

pendente, fazia e já ia lá e fazia agora tem que esperar, porque agora tudo a gente tem que esperar, por exemplo, vai limpar uma casa, eu já fazia, já tinha virado tudo, agora não, tudo tem que esperar, então essa é a dificuldade do pós-operatório". – C2

"Ah a dificuldade que eu tenho é de ficar em pé, você não pode mais beber (álcool) não pode mais comer muita coisa né, pela regra né, pela regra você fica uns três meses naquela regra (dieta), mas depois você começa a mudar, não adianta a pessoa falar que não muda, por que muda, se não às vezes você esquece e acaba comendo sem ver, não tem jeito. Você acha que melhora um pouco para comer (dieta) e começa a comer, e sai da dieta, você não pode sair da dieta, mas você sai da dieta.

E beber de jeito nenhum (álcool), eu não bebo mais, eu bebia e sinto falta às vezes, eu bebia todo dia um pouquinho mas, bebia, às vezes você está com raiva e às vezes toma, e acaba às vezes, perdendo até a vontade de viver também.

Mas acho que melhorou bastante, e fumar eu já não fumava, acho que foi bom e também fazendo dieta, é uma coisa que escapa um pouco da dieta, não é sempre aquela coisa, uma feijoada de vez em quando, mas às vezes e é bem pouco também. Em relação a vida profissional, ainda não sei, por que como eu te falei, dá vontade de morrer e é complicado, às vezes você tem vontade de morrer, de ficar num lugar só e às vezes sem ninguém." – C3

"Ah a dificuldade realmente é a dieta, que é muito difícil, principalmente por que eu gosto de comer gordura, estas coisas assim, está muito difícil, não que eu não vou falar que é uma coisa assim, que eu estou fazendo dieta, eu não estou, por enquanto ainda não, a dificuldade na minha vida, ainda é assim, o que está pegando mesmo, por exemplo, é tomar conta da minha casa, eu preciso pedir para alguém, eu me canso, então algo dentro de mim, do meu organismo mudou muito, não sou mais aquela pessoa de seis meses atrás, eu sinto assim, que ainda me incomoda são os ferrinhos, eu chamo de ferrinhos duas mamasias que eu fiz, se eu tentar me esforçar ai, eu sinto que eles, como é que eu posso explicar, deixe eu pensar, que está me incomodando.

Em relação à vida sexual, é aos poucos, mas, gente assim tudo volta ao normal, é mentira, não volta, eu mesmo percebo que eu não sou mais aquela pessoas". – C4

"O maior problema, na minha opinião foi a dieta, tinha que fazer dieta muito séria, e tudo que é muito sério é muito difícil. Não posso comer de tudo, até na minha casa a minha comida é separada da dos meus filhos, a vida da gente muda completamente, mas eu ainda sinto muito cansaço. A dor não é a mesma coisa de quando eu tinha o problema, mas, eu me sinto melhor do que antes". – C5

Observou-se que a necessidade de mudança de hábitos alimentares, apareceu como problema na totalidade da amostra. Também foi apontada a alteração na atividade sexual, com diminuição da qualidade, devida à dor. Outro problema notificado foi o sentimento de dependência.

A necessidade de mudança de hábitos alimentares, pela própria condição da doença, acarreta estresse, porque os desejos são reprimidos e as pessoas ficam divididas entre a vontade de comer e a proibição, sabendo que se infringirem a dieta alimentar podem sofrer danos<sup>11</sup>.

As doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes e na maioria dos casos atua como um fator complicador<sup>12</sup>.

A alteração do desempenho sexual está associada à intolerância a esforços por dor no peito e à fatores psicológicos, dentre eles, o medo de complicações cardíacas durante o ato sexual<sup>13</sup>. Isto faz com que um número considerável de cardiopatas não retorne à atividade sexual após a ocorrência da doença, influenciando diretamente sua qualidade de vida<sup>14</sup>.

Como foi apontada por um dos entrevistados, a dependência de outras pessoas para as atividades do cotidiano também foi um problema a ser enfrentado no período de reabilitação, especialmente no sentido de assumir as limitações que a doença impõe e de adotar mudanças no estilo de vida.

Quando as pessoas não são capazes de realizar as atividades com a mesma qualidade que realizavam, sentem-se desvalorizadas e insatisfeitas, acarretando mudanças na percepção de seu papel dentro do contexto familiar, profissional e social. Essa condição de dependência provoca conflitos que se configuram como perda da autonomia acarretada pela redução da capacidade física, comprometendo as metas almejadas<sup>12</sup>.

## Conclusões

Pesquisando sobre o tema, confirma-se que vários fatores psicobiológicos podem influenciar na adoção de mudanças comportamentais do estilo de vida.

Pode-se identificar que os sentimentos de medo e dependência foram os mais presentes neste período, ocasionando distúrbios como ansiedade e insônia.

Como dificuldades, predominaram a limitação de movimentos, a imposição de permanência em decúbito dorsal horizontal durante o período do sono, e a adesão à dieta específica. Os pacientes, mesmo cientes da importância, tiveram dificuldades significativas na mudança dos hábitos alimentares, deixando de lado os prazeres, para a adoção de medidas preventivas como a dieta equilibrada e saudável. Em relação à dieta, o fato da família não ser solidária, desmotiva o paciente a permanecer nesta luta. Isto concretiza a necessidade do trabalho educativo, voltado não só ao paciente, mas também ao grupo familiar em que está inserido.

Frete às condições impostas pelo estado de pós-operados, os entrevistados relataram que problemas encontrados foram, além da falta de adesão à prática de exercícios físicos (que neste caso é imprescindível para melhor recuperação, resgate da autoestima e sensação de bem-estar), problemas voltados à sexualidade, sendo a alteração do desempenho sexual associado à intolerância aos esforços, fator apontado pela maioria dos entrevistados.

Pode-se observar que outro fator caracterizado pelos pacientes como um problema foi a dependência de outras pessoas para realizar atividades que, até então, faziam com facilidade sozinhos. Tal dependência é vista como geradora de conflitos, uma vez que os pacientes perdem o seu real papel dentro do contexto familiar e social.

Todos os problemas encontrados pelos cardiopatas em relação às restrições físicas e mudanças comportamentais, podem ser transcritos como "perdas": perda da independência, perda do prazer da alimentação e perda do interesse sexual.

Sabe-se que perdas ou danos são compreendidos como situações que levam a algum tipo de incapacidade e acarretam algum dano para a autoestima ou para a posição do indivíduo dentro de um grupo.

Portanto, acredita-se que se houvesse um acompanhamento prolongado nos programas de reabilitação cardíaca, com inclusão dos familiares, seriam obtidos melhores resultados e, consequentemente, melhoria na qualidade de vida desses cardiopatas.

## Referências

1. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Tratado de medicina cardiovascular. 6ª ed. São Paulo: Roca; 2003. v.2, p.1449, 1461, 2134, 2140, 2155.
2. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(2):199-206.

3. Delisa JA, Gans BM, Bockenek WL, Geiringer SR, Gerber LH, Leonard JA et al. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Manole; 2002. v.2, p.1407, 1408, 1410.
4. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo VC; Dornelas AA. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. Rev Bras Fisioter. [periódico na Internet]. 2006 [acesso 6 mar 2009];10(1):121-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552006000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100016&lng=en). doi: 10.1590/S141335552006001000016
5. Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2005 [acesso 6 mar 2009];39(1):20-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100003&lng=en). doi: 10.1590/S0080-62342005000100003
6. Pinton FA, Carvalho CF, Miyazaki MCOS, Godoy MF. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. Rev Bras Cir Cardiovasc. [periódico na Internet]. 2006 [acesso 8 mar 2009]; 21(1):68-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382006000100013&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382006000100013&lng=pt). doi: 10.1590/S0102-76382006000100013
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p.35, 57.
8. Passos GS, Tufik S, Santana MG, Poyares D, Mello MT. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(3):279-82.
9. Fraguas Junior R, Alves TCTF. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(3):225-30.
10. Rique ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Rev Bras Med Esporte. 2002;8(6):244-54.
11. Lima FET, Araújo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(2):223-32.
12. Stein R. Atividade sexual e coração. Artigo de revisão [Index FAC] [Index CCVC] 4º. Congresso Virtual de Cardiologia, 8 set 2005.
13. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(3):307-16.
14. Dantas RAS, Góis CFL, Silva LM. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. Rev Latinoam Enferm [periódico na Internet]. 2005 [acesso 6 mar 2009];13(1):15-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000100003&lng=en). doi: 10.1590/S0104-11692005000100003

### Endereço para correspondência:

Elizabeth Correia Ferreira Galvão  
Curso de Enfermagem  
Universidade Paulista - Santos  
Av. Francisco Manoel s/nº - Vila Mathias  
Santos-SP, CEP 11045-300  
Brasil

E-mail: [beth.galvao@uol.com.br](mailto:beth.galvao@uol.com.br)

Recebido em 17 de novembro de 2009  
Aceito em 22 de janeiro de 2010