

# QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO EM UM HOSPITAL PÚBLICO

## *Quality of life of women submitted to myocardial revascularization surgery in a public hospital*

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivos:** Analisar o perfil sociodemográfico, fatores de risco e a qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Métodos:** Realizou-se um estudo qualitativo através da aplicação de um formulário sobre estilo de vida e fatores de risco e de uma entrevista contendo quatro perguntas norteadoras a 15 pacientes revascularizadas internadas nas unidades cardiológicas de um hospital de referência da rede pública e que não apresentavam quadros de depressão anteriores à cirurgia. **Resultados:** O perfil das pesquisadas mostrou que 9 (60%) eram pardas, 8 (54%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 4 (27%) eram donas de casa, 9 (60%) residiam em perímetro urbano, 10 (67%) eram casadas, todas tinham renda familiar abaixo de três salários mínimos e 4 (27%) tinham apenas dois filhos. A partir da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram as seguintes categorias: religiosidade, ruptura com o cotidiano, família e qualidade de vida. **Conclusão:** Constatou-se que o conhecimento a respeito da estrutura psicossocial de cada paciente ajuda no tratamento do indivíduo submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio. Ao identificar o estilo de vida e os fatores de risco, as mulheres promovem o autoconhecimento, o que poderá evitar hábitos que levem ao aparecimento de doenças cardiovasculares. Sugere-se a elaboração de estratégias de prevenção e promoção de saúde que envolvam as pacientes e seus familiares para que haja uma extensão dos cuidados hospitalares em casa e uma melhor adaptação à nova condição clínica.

**Descritores:** Vida; Mulheres, Cirurgia Torácica; Revascularização Miocárdica.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the sociodemographic profile, risk factors and the quality of life of women submitted to myocardial revascularization surgery. **Methods:** We conducted a qualitative study by applying a questionnaire on lifestyle and risk factors and an interview with four guiding questions to 15 revascularized inpatients of cardiology units of a referral public hospital and who had no manifestations of depression prior to surgery. **Results:** The patients profile showed that 9 (60%) were Caucasian, 8 (54%) had incomplete primary education, 4(27%) were housewives, 9 (60%) lived in urban area, 10 (67%) were married, all had a family income lower than three minimum wages and 4(27%) had only two kids. From the content analysis of the interviews, the following categories aroused: religiosity, disruption with everyday life, family and quality of life. **Conclusion:** We found out that the knowledge about the psychosocial structure of each patient helps in the treatment of the individual submitted to myocardial revascularization. By identifying the lifestyle and risk factors, women promote self-knowledge, which can avoid habits that lead to cardiovascular diseases. We suggest the development of strategies for prevention and health promotion involving the patients and their families so that there is an extension of hospital care at home and a better adaptation to the new condition.

**Descriptors:** Life; Women; Thoracic Surgery; Myocardial Revascularization.

Rafaela Melo de Oliveira<sup>(1)</sup>  
Zylton Gondim Figueirôa de Sena<sup>(1)</sup>  
Lêda Maria da Costa Pinheiro Frota<sup>(1)</sup>  
Júlia Barreto Bastos de Oliveira<sup>(1)</sup>

1) Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 06/10/2009  
Revisado em: 12/07/2010  
Aceito em: 30/08/2010

## INTRODUÇÃO

A doença coronariana, ainda, é a principal causa de morte no mundo; por isso, muitas vezes a cirurgia de revascularização do miocárdio é necessária, sendo o tratamento cirúrgico uma saída para o aumento da sobrevida e melhora da qualidade de vida dos pacientes<sup>(1,2)</sup>.

A cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) é um dos procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados. Esta cirurgia não é curativa, é frequentemente seguida por outras medidas terapêuticas como uso de medicamentos e mudanças no estilo de vida, visando o controle da progressão da doença coronariana. Antigamente as doenças cardíacas eram caracterizadas por maior incidência em indivíduos de sexo masculino e de meia idade, entretanto, após certa idade, geralmente setenta anos, a incidência pode ocorrer independente do gênero<sup>(3,4)</sup>.

Os fatores de risco cardiovasculares influenciam as taxas das doenças em homens e mulheres em todas as idades, mas com intensidades diferentes<sup>(5)</sup>. Em virtude das inúmeras atribuições ao sexo feminino, o número de mulheres acometidas vem crescendo, principalmente na área urbana. Os fatores de risco mais comuns que levam à RM são: a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, sedentarismo, hereditariedade, dislipidemia, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais e excesso de bebidas alcoólicas. Há, ainda, os fatores psicossociais relacionados à personalidade, depressão, ansiedade e relações profissionais e pessoais conturbadas<sup>(6,7)</sup>.

A prevenção das doenças cardiovasculares é muito importante para que não haja novos casos ou reincidência; ela incide em todos os níveis de saúde. Na prevenção primária objetiva-se detectar a predisposição a doenças cardiovasculares, modificar os fatores de risco e conscientizar a população acerca dos sinais e sintomas de episódios cardiológicos. Na prevenção secundária o objetivo é evitar novos eventos e a morte súbita<sup>(8)</sup>.

Durante a cirurgia de RM podem ocorrer complicações em qualquer momento operatório, como o infarto agudo do miocárdio, hemorragias, infecções, complicações respiratórias, insuficiência pulmonar, hipertensão pós-operatória, fibrilação atrial e bradiarritmias. Mas, se comparadas a outros tratamentos disponíveis, a RM apresenta a melhor relação custo-efetividade e por isso esse procedimento é um dos mais executados em nosso meio<sup>(9)</sup>.

Mesmo com a redução das mortes, devido à descoberta de novas tecnologias; a mortalidade pré-hospitalar permanece a mesma de quarenta anos atrás, pois alguns pacientes hesitam em aceitar a gravidade da situação, retardando o socorro médico. O risco de morte em mulheres hospitalizadas é, pelo menos, duas vezes maior

se comparado aos homens, sendo o sexo feminino o que apresentou maior mortalidade operatória<sup>(2,10)</sup>.

Um dos problemas enfrentados pelo sistema público de saúde é a falta de conscientização dos pacientes. Os mesmos tentam voltar à vida que tinham anterior à cirurgia de revascularização do miocárdio. Manter as ações anteriores significa repetir o mesmo estilo de vida que pode ter contribuído para o aparecimento da doença; a tendência desses pacientes é voltarem ao hospital<sup>(7)</sup>.

A ruptura com o cotidiano é vivenciada de maneiras diferentes por homens e mulheres. As mulheres relatam o medo do desamparo da família, o temor de morrer e deixar os filhos, netos e companheiros sem cuidado. Os homens, além do medo de morrer, sentem-se imobilizados, relatando a perda da identidade pessoal<sup>(7,10)</sup>. As pacientes acometidas por diferentes doenças cardiovasculares deverão manter sob controle o fator que acelera ou agrava a doença. Estas, provavelmente, terão que modificar os hábitos alimentares, controlar o peso, parar de fumar, reduzir o esforço físico, procurar atividades menos estressantes, enfim, evitar os fatores de risco<sup>(8,11)</sup>.

A vivência de uma cirurgia cardíaca, para alguns pacientes, serve como uma oportunidade de repensar os objetivos de vida, as prioridades e as escolhas. Percebem que devem viver de forma mais consciente, conferindo significados aos seus planos, otimizando-os<sup>(12)</sup>. Quando aplicada de forma correta, a avaliação da qualidade de vida pode ajudar aos profissionais da saúde a priorizar os problemas, se comunicarem melhor com os pacientes, identificando suas preferências<sup>(13)</sup>.

É sabido que, após se submeterem a atos cirúrgicos de um órgão tão vital, os indivíduos podem achar que não são capazes de realizar determinadas tarefas e este quadro, provavelmente mudará a sua visão sobre qualidade de vida, e poderá até contribuir no traçado de novos objetivos. Com esta visão, surgiu o interesse de desenvolver esta pesquisa sobre o perfil sociodemográfico, fatores de risco e qualidade de vida relacionados à mulher revascularizada, devido à escassez de pesquisas exclusivamente relacionadas às mulheres nas doenças circulatórias e tendo como finalidade contribuir com um assunto relevante, não só para os enfermos, como também para profissionais inseridos na área de reabilitação cardíaca e familiares que irão conviver com a paciente, tendo, também, que modificar suas rotinas em busca de uma melhor adaptação às restrições da nova condição de vida.

## MÉTODOS

O estudo é do tipo qualitativo, realizado no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital de Messejana,

localizado na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. O Hospital de Messejana é uma instituição de atenção terciária, considerado uma referência de atenção à saúde nas áreas de cardiologia e pneumologia, é certificado pelos Ministérios da Saúde e Educação como Hospital de Ensino e atua como Centro Nacional de Ensino e Pesquisa Clínica, sendo, em 2005, reconhecido pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Doenças Cardiovasculares.

Os sujeitos da pesquisa são pacientes do sexo feminino, maiores de dezoito anos, que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio e que estiveram internadas nas unidades cardíacas do hospital. A coleta de dados se deu entre novembro de 2008 a maio de 2009.

Não participaram da pesquisa as pacientes que apresentaram algum tipo de complicação pós-cirúrgica e quadros de depressão anteriores à internação hospitalar, devido à possibilidade de viés nos resultados gerados por respostas induzidas pelo quadro psicológico. Bem como aquelas que não estavam emocionalmente capazes de responder as perguntas e não se sentiram confortáveis em participar da pesquisa.

Para a obtenção dos dados da pesquisa, aplicou-se um formulário sobre estilo de vida e fatores de risco baseado em roteiro para entrevista<sup>(2)</sup>, o qual seguiu os pressupostos do modelo de campo de saúde<sup>(14)</sup> e, em seguida, realizou-se uma entrevista semiestruturada, contendo quatro perguntas norteadoras. Todas as entrevistas e o preenchimento do formulário ocorreram à beira do leito. O uso do formulário é uma maneira prática de identificar os fatores de risco das pacientes, já a entrevista enfatizou a subjetividade da ação humana, a complexidade da ação social e o relacionamento entre investigado e investigador<sup>(15)</sup>.

Antes da abordagem à paciente, existiu uma conversa com a enfermeira do setor para conhecer o quadro geral da paciente, sem que houvesse a necessidade de consulta aos prontuários.

O formulário continha cinco variáveis, abordando os dados: pessoais, sociais e ambientais, o atendimento à saúde, dados relacionados ao estilo de vida e à biologia. Ao todo, vinte e três subitens foram respondidos pelas pacientes, sendo utilizadas apenas algumas respostas para a confecção dos resultados desta pesquisa.

Cada entrevista teve um tempo máximo de quarenta minutos. Os pesquisadores utilizaram como gravadores os celulares Sony Ericsson Walkman e Nokia 5200 para o armazenamento das informações e orientaram as pacientes durante a entrevista, quando necessário. As perguntas norteadoras utilizadas: Você pode me falar um pouco sobre as atividades que costumava fazer antes da internação hospitalar? Como você está se sentindo após a intervenção cirúrgica? Qual o estilo de vida que você pretende adotar

após a alta hospitalar? Quais as mudanças que você pretende fazer?

Identificaram-se as pacientes de P1 a P15, mantendo o anonimato das mesmas. O N da pesquisa deu-se de acordo com a disponibilidade de sujeitos da pesquisa durante o período da coleta de dados, totalizando quinze mulheres.

Após a coleta dos dados organizaram-se as informações da entrevista em categorias de acordo com a análise de conteúdo<sup>(16)</sup> e discutiram-se com base na literatura. De acordo com as respostas, emergiram as seguintes categorias: religiosidade, ruptura com o cotidiano, família e qualidade de vida.

A pesquisa segue as normas da Resolução nº 196/96, tendo início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana, mediante Parecer Nº 08137917 0.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a respeito do perfil sociodemográfico (idade, nível de instrução, profissão, habitação) e fatores de risco estão apresentados na Tabela I.

Após a transcrição, leitura e releitura das entrevistas emergiram as seguintes categorias de análise: religiosidade, ruptura com o cotidiano, família e qualidade de vida.

### Religiosidade

Estudos sobre religiosidade relacionada ao processo saúde-doença representam um assunto, de certa forma, recente. Na presente pesquisa, sete mulheres comentaram sobre religiosidade e espiritualidade. Antigamente, acreditava-se que os deuses tinham o poder de causar e curar doenças, esta associação histórica influenciou e ainda vem influenciando a cultura ocidental nos tempos atuais<sup>(17)</sup>.

*“Eu estou me sentindo bem,... eu me senti muito triste, muito angustiada, eu rezava muito com meu terço na mão pra tudo dar certo, e agora eu estou assim...”* (P2)

*“Graças a Deus eu estou aqui, deu tempo de chegar aqui (ao hospital), Ele me deu uma segunda chance...”* (P3)

*“Eu rezo muito, eu rezo muito minha filha, pra quando eu sair daqui eu ter muita saúde.”* (P15)

Ao analisar as falas, percebe-se uma visão positiva da recuperação e sinais de tranquilidade por parte destas pacientes, citando a fé como um apoio e uma maneira de alcançar a cura. Isto é visto em pesquisas que apontam que pessoas que praticam atividades religiosas têm a saúde mental melhor e se adaptam mais fácil a situações de estresse<sup>(18)</sup>.

Tabela I - Perfil sociodemográfico e fatores de risco para doenças cardíaca. N=15.

Variáveis	N	%
<b>Instrução</b>		
Analfabeta	3	20,0
Fundamental incompleto	8	53,3
Fundamental completo	2	13,3
Ensino médio incompleto	2	13,3
<b>Profissões</b>		
Agricultora	4	26,7
Dona de casa	4	26,7
Doméstica	3	20,0
Aposentada	2	13,3
Bordadeira aposentada	1	6,7
Enfermeira aposentada	1	6,7
<b>Residência</b>		
Urbano	9	60,0
Rural	6	40,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira	1	6,7
Casada	10	66,7
Viúva	3	20,0
Divorciada	1	6,7
<b>Número de filhos</b>		
1	1	6,7
2	4	26,7
3	2	13,3
4	2	13,3
5		
6	2	13,3
7	3	20,0
8	1	6,7
<b>Fatores de risco relatados para doença cardíaca</b>		
História familiar	12	80
Dieta incorreta	11	73,3
Hipertensão	10	66,6
Estresse	9	60
Diabetes	8	53,3
Uso de hormônios	6	40
Tabagismo	5	33,3
Etilismo	5	33,3
Obesidade	2	13,3
Sedentarismo	2	13,3

As pacientes querem ser observadas como um todo, sendo tratadas como pessoas e não como patologias. Deve-se trabalhar a interação corpo e mente, indivíduo e sociedade. Dar atenção aos fatores psicossociais pode contribuir para a prevenção do agravamento da doença<sup>(7)</sup>. Se os aspectos físico, emocional, social e espiritual fossem levados mais em consideração, haveria uma maior cumplicidade na relação entre o profissional de saúde e o paciente, o que provocaria bem-estar e uma rápida recuperação devido ao reconhecimento das necessidades individuais de cada enfermo<sup>(18)</sup>.

### Ruptura com o cotidiano

A ruptura com o cotidiano altera a autoestima, a autoimagem e a capacidade de recuperação da paciente. A família é também afetada. Na maioria das vezes, a mulher é a responsável pelo funcionamento da casa, e com a sua ausência as tarefas domésticas são redistribuídas, alterando o cotidiano do restante da família<sup>(12)</sup>.

A sensação de se tornar uma pessoa com limitações, a separação da casa, do trabalho e do convívio familiar abala emocionalmente a paciente coronariana. A ansiedade, a angústia e a depressão estão presentes na maioria dos casos, porém, esses fatores psicológicos podem aumentar o risco de mortalidade, além de tornar mais difícil o ajuste do paciente à doença<sup>(5,19)</sup>.

*“Eu me preocupo por que eu saí da minha casa, fui morar com a minha filha.” (P4)*

*“Eu sinto falta das coisinhas que eu fazia, sempre gostei de ter tudo muito limpo e arrumado e agora eu sei que eu não vou poder fazer mais...” (P8)*

*“Quando a gente vai ficando velho perde o prazo de validade, aparece de tudo e de repente a gente não pode fazer mais nada,... a vida é assim, né!?” (P1)*

Percebe-se, nas falas das pacientes revascularizadas, a dependência, a subtração e a perda de poder de mando, o que vai de encontro com a autoestima e o sentimento de confiança, que são de suma importância, tendo em vista que após a cirurgia será necessário que elas desempenhem novas e complexas tarefas para manter a saúde, como, por exemplo, o uso controlado de medicamentos, uma dieta balanceada e a realização de atividades físicas<sup>(3)</sup>.

### Família

As mulheres; principalmente as de baixa escolaridade e idosas, por consequência de uma educação direcionada ao papel de mãe e esposa, vivendo em função de pais, maridos e filhos; deixam de cuidar delas próprias, apresentando um grau de satisfação menor a respeito de suas expectativas, aspirações do que pacientes do sexo masculino<sup>(3)</sup>.

A alta hospitalar pode ser um momento difícil para a paciente e para a família. Distúrbios de sono, alterações de humor, dor, perda da força muscular, o risco de infecções, comprometimento das funções intelectuais e a persistência dos sintomas cardiovasculares, tornam difícil a volta ao lar. A sensação de insegurança e a inexperiência por parte dos familiares-cuidadores, muitas vezes atrasa a alta hospitalar e aumenta os índices de reinternação. Educar a família e o paciente é importante, pois novos problemas serão manifestados e é necessário saber agir nessas ocasiões<sup>(20)</sup>.

*“A minha menina é o meu orgulho... Só sei assinar meu nome minha filha, mas a minha menina é professora... nós não tínhamos condição, mas eu fiz questão dela estudar pra ser alguém na vida... ela está comigo aqui desde o dia que eu me internei...”* (P1)

*“Ele me ajuda muito, ele me ajuda muito (falando do marido), ele vai, ele varre, lava roupa, tudo ele faz... Não vou ficar parada como eu estou aqui, quando ele puder, ele vai comigo por que ele é o meu guindaste, ele tem que me segurar...”* (P2)

Estudos sobre a relação conjugal pós doença cardíaca revelam um fortalecimento da união e proximidade do casal, predominantemente, devido à possibilidade da perda da vida. As mulheres deram mais ênfase ao vínculo afetivo, ao amor e à transformação dos sentimentos ao longo do tempo<sup>(21)</sup>.

## Qualidade de vida

A qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa. Trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde, seu contexto de vida. É a avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades ou incapacidades acarretam nas pessoas acometidas, possibilitando o conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição<sup>(22)</sup>. É importante perceber o homem como um ser biológico-social, avaliando condições materiais, condições essenciais da vida humana, formação social, formas de consistência real, modo de vida<sup>(23)</sup>.

*“Antes eu era muito estressada, mas agora eu percebi que eu não posso ser assim não”.* (P7)

*“Agora eu vou ter que me cuidar, não vou comer mais o que eu comia antes...”* (P6)

*“É... me falaram que eu vou ter que caminhar, que eu não vou poder fazer serviço pesado e não posso mais fumar...”* (P9)

As falas revelam uma nova consciência, porém insatisfação das pacientes em adquirir novos hábitos. A compreensão do significado de qualidade de vida para as pacientes engloba a felicidade, a satisfação e o bem-estar no contexto do processo saúde-doença. Esta perspectiva

ajuda aos profissionais a transporem o modelo biomédico e a incorporarem pensamentos críticos e reflexivos acerca da construção do tratamento individualizado<sup>(24)</sup>.

## CONCLUSÃO

Constatou-se, ao final desta pesquisa, que a individualização do tratamento e o reconhecimento dos fatores de risco e da doença coronariana por parte das pacientes contribuem para a melhora na qualidade de vida.

A consciência de que uma vida mais regrada e comedida lhes trará uma maior sobrevida, faz com que o ajuste à doença se torne menos sacrificante. As pacientes não se mostraram ambiciosas, querem “apenas” saúde e encontram na religiosidade e na família todo o apoio que precisam para vencer esta etapa.

Constatou-se que o conhecimento a respeito da estrutura psicossocial de cada paciente ajuda no tratamento do indivíduo relacionado à cirurgia de revascularização do miocárdio. Ao identificar o estilo de vida e os fatores de risco, as mulheres promovem o autoconhecimento, o que poderá evitar hábitos que levam ao aparecimento de doenças cardiovasculares. Sugere-se então que devam ser elaboradas estratégias de prevenção e promoção de saúde que envolvam as pacientes e seus familiares para que haja uma extensão dos cuidados hospitalares e uma melhor adaptação à nova condição clínica.

## AGRADECIMENTOS

Aos profissionais e às pacientes do Hospital de Messejana.

## REFERÊNCIAS

1. Vargas TVP, Dantas RAS, Gois CFL. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Esc Enferm. 2005;39(1):111-8.
2. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com o primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. Rev Latino-Am Enferm. 1997;5(2):69-82.
3. Mussi FC. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexos com base na experiência de homens infartados. Acta Paul Enferm. 2003;16(3):88-97.
4. Silva WN. A Saúde do coração: prevenção e controle. São Paulo: Edart;1978. p.38.

5. Pollock ML, Schimidt DH. Doença cardíaca e reabilitação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
6. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(5):751-9.
7. Santos ES, Neto JC, Caruso PH. Tratamento cirúrgico da insuficiência cardíaca. Série Monografias Dante Pazzanese. Revinter; 2000.
8. Titoto L, Sansão MS, Marino LHC, Lamari NM. Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: atualização da literatura nacional. Arq Ciênc Saúde. 2005;12(4):216-9.
9. Carvalho ARS, Matsuda LM, Carvalho MMS, Almeida RMSSA, Schneider DSLG. Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica. Rev Ciência, cuidado e saúde. 2006;5(1):50-9.
10. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Vivência de mulheres à dor no infarto do miocárdio. Rev Esc Enferm. 2006;40(2):170-8.
11. Ricardo DR, Araújo CGS. Reabilitação cardíaca com ênfase no exercício: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Esporte. 2006;12(5):279-85.
12. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(6):742-8.
12. Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of Life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. Rev Bras Psiquiat. 2003;25(4):249-52.
14. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians: A working document. Ottawa; 1974.
15. Teixeira KA. Algumas razões para a pesquisa qualitativa. Rev Integração: ensaio, pesquisa, extensão. 2004;10(36):13-5.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70; 1977.
17. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. Psic: Reflexão e Crítica. 2005;18(3):381-9.
18. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiq Clín. 2007;34(1):82-7.
19. Oliveira MFP, Ismael SMC. Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas: Papirus; 1995.
20. Dantas RAS, Aguillar OM. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Rev Latinoam Enferm. 2001;9(6):31-6.
21. Nascimento IFG, Trindade ZA. "O que fazer quando o coração aperta?" A dinâmica conjugal pós-infarto. Psicol Teor Pesq. 2002;18(1):107-15.
22. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
23. Rocha AD, Okabe I, Martins MEA, Machado PHB, Mello TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? Ciênc Saúde Col. 2000;5(1):63-81.
24. Villa VSC, Rossi LA. Quality of life from the perspective of revascularized patients during rehabilitation: an ethnographic study. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1): 7-14.

**Endereço para correspondência:**

Rafaela Melo de Oliveira  
Rua República do Líbano, 975/802  
Bairro: Meireles  
CEP: 60160-140 - Fortaleza-CE - Brasil  
E-mail: rafaela\_melo@hotmail.com