



## **Desempenho ocupacional nas atividades de vida diária de pacientes pós revascularização do miocárdio**

Occupational performance in activities of daily living of patients after myocardial revascularization

Desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria de pacientes post revascularización miocárdica

Priscila Barros Lourenço<sup>1</sup>, Marly Lobato Maciel<sup>2</sup>, Ivone Soares Barbosa<sup>2</sup>, Ana Paula de Souza Pedrosa Castro<sup>2</sup>, Roberta de Oliveira Corrêa<sup>1,2</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar o desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVD's) pós ReVascularização do Miocárdio (RVM) de pacientes internados em um hospital de referência do estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, descritivo e quanti-qualitativo. Realizado com 20 pacientes, de ambos os sexos, com idade média = 61,1 anos, que passaram por cirurgia de RVM em um hospital de referência, no período de setembro a outubro de 2023. **Resultados:** No desempenho ocupacional todos os pacientes apresentaram leve dependência nas AVD's pós RVM, as atividades mais comprometidas nesse período de recuperação foram: banho, atividades rotineiras, vestir-se, uso do toilet, transferência e mobilidade e quanto aos motivos que o levam a dependência sendo os mais citados, dor, medo e orientações profissionais. **Conclusão:** Conclui-se que temos dois perfis de paciente pós RVM, o menos e o mais ativo e que todos apresentaram dependência, em pelo menos, duas atividades, assim sendo imprescindível a atuação do terapeuta ocupacional junto a equipe multiprofissional para as orientações desses pacientes tanto no pré, quanto no pós cirúrgico e retorno domiciliar, para adaptar suas atividades e a fim de melhor desempenho ocupacional nas suas AVD's.

**Palavras-Chave:** Análise e Desempenho de tarefas, Cardiologia, Terapia Ocupacional.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the occupational performance in Activities of Daily Living (ADL's) after Myocardial Revascularization (MVR) of patients admitted to a reference hospital in the state of Pará. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and quantitative-qualitative study. Carried out with 20 patients, of both sexes, with an average age = 61.1 years, who underwent MVR surgery in a reference hospital, between September to October 2023. **Results:** In terms of occupational performance, all patients presented mild dependence in ADL's after MVR, the most compromised activities in this recovery period were: bathing, routine activities, dressing, using the toilet, transfer and mobility and as for the reasons that lead to dependence, the most cited were pain, fear and guidance professionals. **Conclusion:** It is concluded that we have two patient profiles after MVR, the least and the most active and that all will be dependent on at least two activities, thus making it essential for the occupational therapist to work with the multidisciplinary team to provide guidance on these activities. patients both pre- and post-surgery and returning home, to adapt their activities and in order to improve occupational performance in their ADL's.

**Keywords:** Task Analysis and Performance, Cardiology, Occupational Therapy.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

<sup>2</sup>Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), Belém – PA.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el desempeño ocupacional en Actividades de la Vida Diaria (AVD) después de la Revascularización Miocárdica (RVM) de pacientes internados en un hospital de referencia del estado de Pará.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y cuanti-cualitativo. Realizado con 20 pacientes, de ambos sexos, con edad promedio = 61,1 años, sometidos a cirugía de RVM en un hospital de referencia, entre septiembre a octubre de 2023. **Resultados:** En cuanto al desempeño ocupacional, todos los pacientes presentaron dependencia leve en las AVD después de RVM, las actividades más comprometidas en este período de recuperación fueron: baño, actividades rutinarias, vestirse, ir al baño, traslado y movilidad y en cuanto a los motivos que conducen a la dependencia, los más citados fueron el dolor, el miedo y la orientación profesional. **Conclusión:** Se concluye que tenemos dos perfiles de pacientes después de la MVR, el menos y el más activo y que todos serán dependientes de al menos dos actividades, por lo que es fundamental que el terapeuta ocupacional trabaje con el equipo multidisciplinario para brindar orientación. sobre estas actividades los pacientes tanto pre como post quirúrgicos y de regreso a casa, para adaptar sus actividades y mejorar el desempeño ocupacional en sus AVD.

**Palabras clave:** Análisis y Desempeño de Tareas, Cardiología, Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

As Doenças do Aparelho Cardiovascular são consideradas a principal causa de morte no Brasil e no Mundo, podendo ser congênitas ou adquiridas, destas destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que ainda é considerada a mais letal em toda a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O IAM é uma das Doenças Coronarianas (DAC's). Acontece quando ocorre um bloqueio de vaso(s) sanguíneo(s), impossibilitando o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, onde o tempo para diagnóstico e intervenção são de suma importância para evitar danos maiores no coração (LIMA JÚNIOR JR, et al., 2023).

As DACs podem causar síndrome coronariana crônica ou aguda: angina (sem lesão do músculo cardíaco/ estável – dor torácica quando há esforço e instável – dor torácica mesmo sem esforço, grande chance de evoluir para Infarto) e IAM (com lesão do músculo cardíaco/ sem supra de ST quando a obstrução é parcial e com supra de ST quando a obstrução é total) (SENA J, 2021). O IAM pode ser assintomático ou apresentar sintomas como: dor ou desconforto na região torácica por longo tempo (mais de vinte minutos aproximadamente), dispneia, suor frio, palidez, náuseas, vômitos, entre outros (BVS, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os principais fatores do IAM são: hereditário, diabetes, hipertensão, dislipidemias, tabagismo, sobrepeso/obesidade, estresse, ansiedade, sedentarismo, entre outros (BVS, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O tratamento para a DAC (IAM) consiste em três modalidades: conservador com medicamentos, cirurgia minimamente invasiva por angioplastia ou cirurgia invasiva por ReVascularização do Miocárdio (RVM) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) Na cirurgia de RVM, conhecida popularmente como ponte de safena, usa-se parte de veias ou artérias, geralmente a veia safena, para formar uma “ponte” e um novo fluxo sanguíneo para o coração, “abandonando-se” então a parte obstruída (LOPES IO, et al., 2020).

A principal forma de prevenir o IAM consiste em: controle da diabetes, hipertensão e colesterol, não fumar, alimentação saudável, práticas de atividades físicas, procurar ajuda profissional se necessário, entre outras (BVS, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O IAM pode trazer complicações severas, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e os aspectos biopsicossociais (TEIXEIRA E, et al., 2017; NAMMUR A, et al., 2021), onde o profissional de Terapia Ocupacional é um profissional apto a atuar com esse público (HUNTLEY N, 2005; MATHEWS M, 2005; CORDEIRO J, 2014). De acordo com a PORTARIA GM/MS Nº 3.008, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2021, a Atenção Primária considerada a porta de entrada para a Saúde Cardiovascular, cujos objetivos devem persistir em: atenção integral qualificada, prevenir doenças cardiovasculares, principalmente hipertensão e diabetes e promover saúde cardiovascular (controle pressórico, glicêmico, adesão ao tratamento, diminuir complexidades, internação e números de morbimortalidade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Os pacientes cardiopatas têm direito de atendimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde, nos três níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), onde preconiza-se atendimento multiprofissional, cada profissional contribuirá de acordo com seu conhecimento técnico, dentre esses profissionais se encontra o terapeuta ocupacional, cujas umas das contribuições é focada no melhor desempenho ocupacional nas ocupações desses indivíduo, dentre essas as Atividades de Vida Diária (AVD's) (GOMES D, et al., 2021). Assim, este estudo teve como objetivo analisar o desempenho ocupacional nas AVD's pós RVM, de pacientes internados em um hospital de referência do estado do Pará.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, de caráter descritivo e com abordagem quantitativa dos dados. A pesquisa foi realizada com 20 pacientes, de ambos os sexos, na faixa etária de 40 e 78 anos (com média de idade = 61,1), que passaram por cirurgia de RVM em um hospital de referência, localizado na cidade de Belém-PA, no período de setembro a outubro de 2023. O critério de seleção dos pacientes foi por amostragem não probabilística do tipo intencional ou julgamento. Foram considerados como critérios de inclusão: pacientes internados na clínica cirúrgica do hospital que precisaram passar pela cirurgia de RVM, pacientes de ambos os sexos, com faixa etária mínima de 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram: pacientes com déficit motor e/ou cognitivo antes ou pós RVM, pacientes com restrição de contato e que não assinaram o TCLE.

Para realizar a coleta de dados dos pacientes formulou-se uma ficha de entrevista semiestruturada, elaborada pelos próprios autores composta por nome, data de nascimento, idade, raça, sexo, escolaridade, município de residência, ocupação, telefone, estado civil, comorbidade (s), tempo de pós RVM e a seguinte pergunta em aberto: você considera algum comprometimento no desempenho ocupacional nas AVD's pós RVM, se sim, quais? E para analisar o desempenho Ocupacional foi aplicada a Escala Índice de Barthel (IB), que é considerada uma escala validada para avaliar as AVD's: alimentação, banho, atividades rotineiras, vestir-se, intestino, sistema urinário, uso do toilet (banheiro), transferência (da cama para a cadeira e vice versa), mobilidade (em superfícies planas) e escadas.

A escala IB pontua cada atividade entre 0 e 15 pontos, onde as atividades: banho e atividades rotineiras pontuam no mínimo 0 e no máximo 5 pontos; já alimentação, vestir-se, intestino, sistema urinário, uso do toilet (banheiro) e escadas pontuam no mínimo 0 e no máximo 10 pontos e por último, transferência (da cama para a cadeira e vice versa) e mobilidade pontuam no mínimo 0 e no máximo 15 pontos. Por fim soma-se todos os pontos considerados em cada atividade, gerando a pontuação final que determina o grau de dependência do indivíduo: < 20 total; 20-35 grave; 40-55 moderada; ≥60 leve e 100 independente, ou seja quanto menor a pontuação, maior será o grau de dependência (RUZAFJA JC e MORENO JD, 1997).

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas: na primeira os pacientes foram abordados no leito, esclarecidos sobre a pesquisa e sua importância e convidados a participarem; na segunda os que aceitaram participar assinaram de forma voluntária o TCLE; na terceira foram aplicadas a ficha de entrevista semiestruturada e a Escala IB e na quarta foram tiradas dúvidas e dadas orientações para sua nova rotina ocupacional. Cada paciente foi enumerado de 1 a 20, de forma aleatória, assim as respostas da ficha de entrevista semiestruturada foram analisadas através de análise estatística descritiva. Posteriormente as respostas obtidas através da pergunta em aberto: você considera algum comprometimento no desempenho ocupacional nas AVD's pós RVM, se sim, quais? Foram analisadas através da análise do conteúdo de Bardin L (2020), no qual perpassou pelas três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. E por fim os dados obtidos com a Escala IB foram tabulados em planilhas do programa excel, onde foram verificadas média e desvio padrão, cujos resultados foram analisados através da análise estatística descritiva.

O estudo levou em consideração os aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos: Código de Nuremberg (1947), Declaração de Helsinque (1964), Resolução 196/96, 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, CAAE Nº 72378123.6.0000.0016 e parecer Nº 6.276.705.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da Amostra

A amostra foi composta em sua maioria por pacientes com o seguinte perfil: do sexo masculino, na faixa etária média = 61,1 anos, de raça parda, com escolaridade de ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo, estado civil casado, atualmente aposentados e que possuem alguma comorbidade como fator de risco para o IAM, conforme apresentado na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra de pacientes submetidos à cirurgia de RVM em um hospital de referência (n=20).

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	90
Feminino	2	10
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18-39	0	0
40-59	9	45
60-80	11	55
<b>Raça</b>		
Amarela	0	0
Indígena	0	0
Branca	6	30
Parda	12	60
Preta	2	10
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	7	35
Ensino Fundamental Completo	0	0
Ensino Médio Incompleto	2	10
Ensino Médio Completo	7	35
Ensino Superior Incompleto	1	5
Ensino Superior Completo	3	15
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	4	20
Casado	15	75
Viúvo	1	5
<b>Ocupação</b>		
Desempregado	1	5
Trabalhador Informal	6	30
Trabalhador Formal	5	25
Aposentado	8	40
<b>Comorbidades</b>		
Não possui comorbidades	4	20
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	8	40
Diabetes Mellitus tipo1 (DM 1)	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2)	2	10
Dislipidemias (DLP)	0	0
HAS + DM 2	2	10
HAS + DLP	2	10
HAS + DM 2 + DLP	2	10

Fonte: Lourenço PB, et al., 2024.

Estudos de Silva BA, et al. (2014) em 168 prontuários em busca do perfil de pacientes submetidos a cirurgia de RVM e obteve como resultado em sua maioria do sexo masculino, com faixa etária média = 61,7 anos e que possuía algum tipo de comorbidade como fator de risco para o IAM. Em um estudo mais específico em 39 prontuários de pessoas do sexo masculino que passaram por cirurgia de RVM e como resultado de perfil obteve em sua maioria maiores de 60 anos, raça parda, estado civil casado e com ensino médio completo (SILVA LC, GAMA GG, 2019).

Segundo Hein DT e Toldrá RC (2021) dados oficiais nacionais e internacionais apontam o perfil de pacientes com doenças no aparelho circulatório como do sexo masculino, idosos e a baixa escolaridade. Sousa AR, et al. (2021) realizou um estudo com 13 idosos do sexo masculino acometidos por IAM, destes a maioria tinha faixa etária entre 62-72 anos, de raça parda, com baixa escolaridade e aposentados e que apresentou que a masculinidade hegemônica muitas vezes impedem os homens de cuidarem de sua própria saúde, o que necessita de um olhar mais apurado dos profissionais da saúde, voltados para esse público.

### Desempenho Ocupacional nas AVD's pós RVM

Os resultados obtidos quanto ao desempenho ocupacional nas AVD's de pacientes pós RVM seguem na **Tabela 2**. Assim observa-se que todos os pacientes apresentaram leve dependência nas AVD's pós RVM, também podemos refletir sobre as atividades mais comprometidas nesse período de recuperação que foram: banho, atividades rotineiras, vestir-se, uso do toilet (banheiro), transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) e mobilidade (em superfícies planas) e que precisam de maiores observações pelo profissional terapeuta ocupacional. Vale ressaltar que na atividade escadas todos relataram apresentar alguma dependência por terem sido orientados a não subirem escadas sozinhos e usarem força somente nos membros inferiores (pernas). O paciente pode subir escadas, só deve ter os cuidados necessários e reconhecer seus limites (LOPES IO, et al., 2020).

**Tabela 2 – Desempenho Ocupacional nas AVD's de pacientes submetidos à cirurgia de RVM em um hospital de referência (n=20).**

Variável da Escala IB		
Atividades	M	DP
Alimentação	10	0
Banho	3,75	2,2
Atividades Rotineiras	3,75	2,2
Vestir-se	6,75	2,9
Intestino	10	0
Sistema Urinário	10	0
Uso do Toilet (banheiro)	8,25	2,4
Transferência (da cama para a cadeira e vice versa)	9,75	1,1
Mobilidade (em superfícies planas)	13	2,5
Escadas	5	0
Pontuação	N	%
<20 Total	0	0
20-35 Grave	0	0
40-55 Moderada	0	0
≥60 Leve	20	100
100 Independente	0	0

**Fonte:** Lourenço PB, et al., 2024.

Uma das técnicas utilizadas pelo terapeuta ocupacional para auxiliar os pacientes cardiopatas a serem mais independentes em suas AVD's é o gerenciamento de saúde para seu melhor desempenho ocupacional através da técnica de conservação de energia, cujo objetivo é adaptar suas atividades a fim de concluí-las com menos esforços (HUNTLEY N, 2005; MATHEWS M, 2005). A seguir podemos ver alguns exemplos:



Na hora do banho o paciente deverá organizar no banheiro os materiais em local de fácil acesso, colocar uma cadeira com braço de apoio na área do chuveiro e para se enxugar também pode ser na posição sentada, assim evitará dobrar (flexionar) o tronco (ARAÚJO DV, et al., 2023), quanto a cicatriz cirúrgica pode ser lavada diariamente durante o banho usando sabonete neutro e após o banho secar com cuidado, não sendo necessário mais curativos, apenas cuidados para não contaminá-la, nem pressioná-la, evitar expor a cicatriz ao sol também é importante por até dois meses, observações do seu aspecto também devem ser feitas diariamente (LOPES IO, et al., 2020).

Para realizar as atividades rotineiras e uso do toilet (banheiro) como escovar os dentes, fazer a barba, pentear os cabelos, limpar-se, etc. o paciente deverá comprar produtos de fácil manuseio, organizar tudo que for ser usado em local de fácil acesso, usar como auxílio uma cadeira e pia (ajudando na organização também dos membros superiores) e um espelho que fique à sua altura (quando estiver sentado), assim evitará tontura e cansaço por ficar exposto por muito tempo na posição de pé. Quando for se vestir, o paciente deverá ter suas roupas e sapatos organizados em um local que ao levantar os braços não ultrapasse a altura do ombro e ao baixá-los não seja preciso dobrar (flexionar) o tronco, preferir roupas e sapatos leves e de vestimenta fácil, também poderá fazer uso de cadeiras, se necessário, cruzando as pernas, seja para calçar ou retirar um sapato, vestir-se ou despir-se (ARAÚJO DV, et al., 2023).

Após cirurgia de RVM, o paciente pode realizar a transferência da cama com ajuda de outra pessoa, para sentar-se ou levantar-se da cadeira também. Devido não poder fazer esforços com os membros superiores (braços) por no mínimo três meses para não afetar a cirurgia e sua recuperação. Quanto a mobilidade (em superfícies planas), a caminhada é indispensável e ajuda até mesmo na recuperação da cirurgia, auxiliando na força, equilíbrio e circulação, portanto sugere-se que no começo o paciente seja acompanhado por outra pessoa, devido fraqueza e risco de queda (LOPES IO, et al., 2020).

No regime de Internação da Reabilitação Cardíaca o terapeuta ocupacional deve focar na perda muscular e possíveis deformidades devido período de permanência no leito, analisar e orientar quanto desempenho ocupacional, além de orientações para o domicílio de acordo com o tipo de tratamento submetido e orientações de alta (HUNTLEY N, 2005).

O próprio contexto hospitalar é um fator limitante para o paciente, por isso o terapeuta ocupacional deve atuar em conjunto com equipe multiprofissional, pacientes e seus familiares, em busca de esclarecer ao máximo as dúvidas, orientá-lo e encaminhá-lo à rede de atenção para a continuação do cuidado (TEIXEIRA ES, et al., 2017; HEIN DT e TOLDRÁ RC, 2021).

## **Comprometimento no Desempenho Ocupacional nas AVD's pós RVM**

### **A dor, o medo pós RVM**

Os sentimentos de dor e de medo foram muito observados durante os relatos dos pacientes como fator limitante para um desempenho ocupacional mais efetivo de suas AVD's, conforme pode ser observado nos relatos que seguem abaixo:

*“Eu sinto muita dor no peito depois da cirurgia, logo vem também o medo para realizar atividades simples como tomar banho, vestir, pentear o cabelo, escovar os dentes ...” (P1).*

*“Eu ainda tenho medo de fazer as coisas, depois não é o certo, aí já viu” (P2)*

*“Eu ainda sinto uma dor como meu peito tivesse rasgado ao meio, por isso ainda preciso de muita ajuda da minha esposa para realizar minhas atividades de rotina diária, também fica aquele medo após as orientações de alta ” (P3).*

*“Quando vão me mudarem de posição que eu sinto a dor do corte no peito” (P4).*

*“Eu ainda sinto dor ao fazer algumas coisas que fazia antes, normalmente, como me vestir e me movimentar” (P7).*

*“A gente sente uma dor na cirurgia e aí vem vários medos na nossa cabeça” (P8).*

*“Minha esposa ainda tem alguns medos, depois das orientações que recebemos, aí me ajuda algumas vezes como para me vestir, deitar, levantar...” (P9).*

*“Eu ainda estou sentindo dor na hora da transferência, aí peço para me ajudarem, de forma mais lenta, pois temos que ter cuidado com a cirurgia” (P12).*

*“Eu não estava fazendo quase nada sozinho, devido a dor, agora depois das orientações já vou conseguir ajudar mais meu acompanhante” (P14).*

*“Eu ainda estou com várias dúvidas, aí isso me desperta o medo de ser mais independente, que bom que você veio me orientar” (P15).*

*“Devido a idade, me ver com o peito aberto e costurado ainda me dá medo de fazer algumas coisas sozinho” (P16).*

*“O que ainda está me incomodando e me impedindo de ser mais independente é a dor onde foi feito o corte da cirurgia, é muita dor” (P19).*

*“É uma mistura de muita dor, medo e dúvidas, não me sinto ainda a vontade de ser totalmente independente nem naquilo que já pode fazer, que bom que estou recebendo as orientações, isso vai me ajudar muito no pós cirúrgico, em casa já” (P20).*

A dor é subjetiva e não pode ser desconsiderada. Sua definição foi revisada após quatro décadas pelo International Association for the Study of Pain (IASP) e atualmente pode ser definida como: *“Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada ao dano tecidual real ou potencial” (RAJA SN, et al., 2020).*

O medo de retornar às atividades e a própria limitação por parte da família, também compromete o desempenho do paciente em suas ocupações, por isso a importância do acompanhamento com o profissional terapeuta ocupacional também pós alta hospitalar (MAIA EF, et al., 2020). A cirurgia cardíaca, por se tratar de um procedimento que compromete a própria vida, afetará o paciente de alguma forma com ansiedade, medo e dor (CASTRO LV, et al., 2019), em outro estudo esses e alguns outros fatores foram encontrados como limitantes para qualidade de vida pós IAM (NAMMUR AC, et al., 2021).

### **As orientações pós RVM**

Enquanto muitos pacientes ainda encontram barreiras para o retorno de suas AVD's, outros afirmaram que apenas as orientações recebidas desde a Unidade Coronariana (UCA), sobre os cuidados pós operatório, estão limitando seu desempenho ocupacional, conforme segue nos relatos abaixo:

*“O médico disse para eu não levantar muito os braços, então eu prefiro pedir ajuda para quem estiver me acompanhando, na hora de se vestir ou mudar de posição” (P5).*

*“Eu não estou com nenhuma dificuldade depois da cirurgia, só estou dependendo de alguém para fazer essa transferência, porque foi como fui orientado a fazer” (P6).*

*“De verdade eu me sinto outra pessoa após a cirurgia, minhas únicas limitações são naquilo que fui orientado” (P10).*

*“Me orientaram a pedir ajuda quando precisasse, então para não prejudicar minha cirurgia, eu peço ajuda para a minha filha, sempre que preciso” (P11).*

*“Se não fosse as orientações de chamar alguém para ajudar na hora de mudar de posição ou subir escada, eu não me considerava com nenhuma limitação depois da cirurgia” (P13).*

*“De verdade, da lista aí só não me sinto à vontade de fazer só a transferência, a mobilidade e a escada, porque já fui orientado quanto aos cuidados” (P17).*

*“Eu estou fazendo tudo certinho, conforme me orientaram, então já estou pronto para ir para casa, lá eu acredito que só precisarei de ajuda quando for mudar de posição” (P18).*

Os pacientes que passam pela cirurgia cardíaca de RVM precisam fazer toracotomia, que é a abertura do tórax para realizar a cirurgia. Por isso não se deve carregar pesos, nem elevar muito os braços, nem fazer esforço desnecessário, para não afetar a região torácica (LOPES IO, et al., 2020).

O profissional terapeuta ocupacional é um profissional apto a atuar com pacientes cardiopatas (HUNTLEY N, 2005; MATHEWS M, 2005; CORDEIRO J, 2014). Onde no contexto hospitalar deve realizar programa de avaliação e tratamento, o primeiro direciona-se para revisão do prontuário do paciente, entrevista com o paciente, levando em consideração o período antes hospitalização, contexto atual e suas maiores dificuldades nas ocupações, avaliação clínica (frequência cardíaca, pressão arterial e sinais e sintomas) a fim de verificar o grau de energia empregado para realizar suas ocupações e o segundo está voltado para organização de atividades de acordo com progressão e dispêndio de energia, conservação de energia para melhor desempenho ocupacional e orientações para o paciente e familiar, que será o maior aliado na recuperação desse paciente (MATHEWS M, 2005).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que temos dois perfis de paciente pós RVM, o menos e o mais ativo e que todos apresentaram dependência, em pelo menos, duas atividades, assim sendo imprescindível a atuação do terapeuta ocupacional junto a equipe multiprofissional para as orientações desses pacientes tanto no pré, quanto no pós cirúrgico e retorno domiciliar, para adaptar suas atividades e a fim de melhor desempenho ocupacional nas suas AVD's.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO DV, et al. Técnicas de Conservação de Energia: Orientações para as Atividades de Vida Diária. 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/saude/area-do-paciente/copy\\_of\\_cartilha\\_energia\\_\\_5\\_.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/saude/area-do-paciente/copy_of_cartilha_energia__5_.pdf). Acessado em: 17 de novembro de 2023.
2. BARDIN L. Análise de Conteúdo. São Paulo, 2020; 70.
3. BVS BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ataque Cardíaco (Infarto). 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ataque-cardiaco-infarto/>. Acessado em: 1 de junho de 2023.
4. CASTRO LV, et al. O impacto emocional da Cirurgia Cardíaca. Revista Científica Fagoc Multidisciplinar, 2019; 4: 43-53.
5. CORDEIRO J. Cardiologia. In: CAVALCANTI A, GALVÃO C. Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014; 1.
6. GOMES D, et al. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. Leiria - Portugal: Politécnico de Leiria, 2021; 4: 1-73.
7. HEIN DT, TOLDRÁ RC. Perspectivas de terapia ocupacional na atenção aos usuários com doenças do aparelho circulatório no contexto hospitalar de média complexidade. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 2021; 1(29): 1-16.
8. HUNTLY N. Moléstias cardíacas e pulmonares. In: RADOMSKI M; TROMBLY C (org.). Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas. São Paulo: Santos, 2005; 5.
9. LIMA JÚNIOR JR, et al. Infarto agudo do miocárdio: Tempo é músculo. Revista Nursing, 2023; 26 (298): 9475-9482.
10. LOPES IO, et al. Guia de Orientações para o Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. 2020. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/7e5a6056-c118-4c3b-86a9-7add12a8f846/Guia%20de%20Orientacoes%20para%20o%20Pos-Operatorio%20de%20Cirurgia%20Cardiaca.pdf>. Acessado em: 17 de novembro de 2023.
11. MAIA EF, et al. Das modificações, os porquês e os significados das ocupações após a cirurgia cardíaca. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 2020; 28(3): 855-874.
12. MATHEWS M. Doenças cardíacas e pulmonares. In: EARLY B; PEDRETTI L. Terapia Ocupacional: capacidade prática para as disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2005; 1.



13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 3.008, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2021. Institui a Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. 2021 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/portaria-gm-ms-no-3-008-de-4-de-novembro-de-2021>. Acessado em: 16 de novembro de 2023.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio, Serviços Estaduais (Alagoas), 2021. Disponível em: <http://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/tratamento-de-infarto-agudo-do-miocardio>. Acessado em: 1 de Janeiro de 2024.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida. Saúde e Vigilância Sanitária. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-cao-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida#:~:text=Doen%C3%A7as%20cardiovasculares%3A%20principal%20causa%20de%20morte%20no%20mundo%20pode%20ser%20prevenida,-Sistema%20%C3%A9Anico%20de&text=As%20doen%C3%A7as%20cardiovasculares%20s%C3%A3o%20a,%C3%B3bito%20em%20decorr%C3%Aancia%20dessas%20doen%C3%A7as>. Acessado em: 16 de Nov. de 2023.
16. NAMMUR A, et al. Limitações no pós-infarto agudo do miocárdio e repercussões na qualidade de vida do paciente. *Research, Society and Development*, 2021; 10 (5): 1-19.
17. RAJA SN, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 2020; 161(9): 1976-1982.
18. RUZAF JA e MORENO JD. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 1997; 71(2): 127-137.
19. SILVA BA, et al. Perfil dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio em um Hospital de Maceió. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 2014; 2(2); 67-76.
20. SILVA LC e GAMA GG. Perfil de homens submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev. Enferm. Contemp*, 2019; 8(2): 109-118.
21. SENA J. Doença arterial coronariana: atenção com os sintomas e fatores de risco. *Revista ABM*, 2021; 1.
22. SOUSA AR, et al. Vivências de homens idosos acerca do acometimento por infarto agudo do miocárdio. *Acta Paul Enferm*, 2021; 34: 1-8.
23. TEIXEIRA E, et al. Desempenho dos papéis ocupacionais em cardiopatas em período de hospitalização e pós-hospitalização. *RevisbraTO*, 2017; 1 (3): 353-365.