

Patrícia Veiga Nascimento

**REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:
processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no
trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do Grau de **Mestra em Enfermagem**, área de concentração Cuidar em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. José Lucimar Tavares

SALVADOR-BAHIA

2005

Nascimento, Patrícia Veiga

V426r Revascularização do miocárdio: processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no trabalho / Patrícia Veiga Nascimento – Salvador: 2004.

96p. ils. tab. graf. Bibliografia. Anexos.

Dissertação – Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia.

1. Revascularização do miocárdio. 2. Revascularizado cardíaco – processo de adaptação. 3. Revascularizado cardíaco – adaptação familiar e profissional. I. Título. II. Universidade Federal da Bahia.

CDU 616.12-089:316.47

A minha família, em especial:

Meus pais Petrino e Perpetua, por terem me estimulado a trilhar este caminho.

Ao amigo e companheiro José Helder, pela paciência, compreensão, solidariedade e carinho que me dedicou durante toda essa trajetória.

Aos meus irmãos Patyanne e Paulo Francisco, pessoas muito importantes na minha vida, apesar de distantes geograficamente, estão sempre perto no meu pensamento.

Ao meu sobrinho e afilhado Salimzinho, por deixar os meus dias mais alegres e me encantar com suas descobertas de criança.

A minha tia Clarice por todo seu apoio e cuidado desde quando comecei a dar os primeiros passos da minha vida.

Ao meu cunhado Salim por acreditar no meu potencial e torcer pela realização deste estudo.

Agradecimentos

Ao criador do universo por ter me dado saúde, força de vontade, coragem e iluminação para atingir os meus objetivos

Ao meu mestre e orientador José Lucimar Tavares, pessoa simples, dedicada, solidária, amiga, que me ajudou a construir esta dissertação compreendendo e respeitando as minhas limitações e, a cada novo encontro que tínhamos, me fazia crescer tanto como ser humano quanto profissionalmente.

A todos os professores da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial as professoras *Enilda Rosendo do Nascimento, Regina Lúcia Mendonça, Climene Laura de Camargo e Darci de Oliveira Santa Rosa*.

À professora e amiga *Rosana Oliveira da Silva* minha grande incentivadora para a realização deste curso

A todas as colegas do curso de mestrado, especialmente *Noélia Assis, Ceres Moraes, Márcia Perrucho, Tânia Bulcao, Maria de Loudes e Neuranildes* por todo apoio e companheirismo demonstrado a todo instante.

A minha coordenadora *Vírginia de Carvalho Luz* e demais colegas de trabalho por terem sido solidárias, ajudando-me a conciliar os meus horários da instituição hospitalar com o curso de mestrado.

Rita Barreto a incansável, cuidadosa e paciente pessoa que digitou para mim desde o projeto de pesquisa até a elaboração da última versão da minha dissertação de mestrado.

A minha sogra, Maria Helena de Castro Britto, que com sua sabedoria, paciência mostrou-se ser uma grande parceira e uma excelente professora de português, ajudando-me na articulação e ortografia de muitas palavras e frases do nosso riquíssimo vocabulário.

Ao meu tio Paulinho Tadeu de Castro Costa, pela amizade e consideração que sempre demonstrou e, principalmente, pela grande ajuda no mundo virtual da internet

A Samuel, amigo de muitos anos, agradeço, pelo apoio e paciência em me orientar quando eu nada sabia em relação a informática

Ao meu tio Paulo Viana de Souza, que acreditando na minha capacidade intelectual e por isto sempre me estimulou a continuar estudando.

A dona Mira, companheira de todos os dias, que com muito carinho e dedicação administrou o meu lar, deixando-me mais livres e disponíveis para concluir o curso.

A hécto Velleneuve, que se mostrou disponível e atuante nas traduções dos textos científico da língua espanhola.

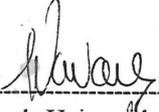
Patrícia Veiga Nascimento

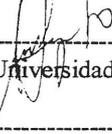
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no trabalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do Grau de **Mestra em Enfermagem**, área de concentração Cuidar em Enfermagem.

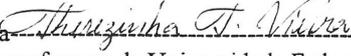
Aprovada em 31 de maio de 2004.

Banca examinadora

José Lucimar Tavares 
Doutor em Enfermagem, professor da Universidade Federal da Bahia.

Antônia Regina Ferreira Furegato 
Doutora em Enfermagem, professora da Universidade de São Paulo.

Álvaro Pereira 
Doutor em Enfermagem, professor da Universidade Federal da Bahia.

Therezinha Teixeira Vieira 
Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, descritiva, com base na Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy, desenvolvida com 14 pessoas submetidas a cirurgia de Revascularização do Miocárdio, sendo 09 do sexo masculino e 05 do sexo feminino que, consentiram participar do estudo, considerando o Parecer 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa com seres humanos. Seu principal objetivo foi o de analisar como se processa a adaptação familiar e profissional desses indivíduos. Para tanto, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturada, cuja primeira parte constou de dados pessoais e sócio-demográficos e a segunda de questões referentes ao seu processo de adaptação. As entrevistas foram realizadas em domicílio após seleção prévia dos sujeitos no hospital em que foram submetidos à referida cirurgia. A análise empreendida considerou os modos de adaptação fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência em relação aos estímulos focais, contextuais e residuais. Seus resultados apontaram para um processo de adaptação gradativo e eficiente, proveniente da interação desses fatores, nos casos onde a cirurgia evoluiu sem complicações. Dessa maneira alguns achados foram relevantes, para uma adaptação eficaz dos sujeitos deste estudo, a exemplo do apoio familiar e de amigos, confiabilidade e a abordagem da equipe médica na realização do procedimento cirúrgico, orientações da equipe multi profissional, força de vontade e o suporte religioso. Entretanto, encontramos alguns aspectos limitantes do processo como a hospitalização, em especial, o internamento na Unidade de Terapia Intensiva, restrição da mobilidade física, alterações cognitivas e do autoconceito, dificuldades financeiras dentre outras. Sobressaiu, também, mudança na qualidade de vida dessas pessoas após o tratamento cirúrgico.

Palavras chaves: 1. Processo de adaptação do revascularizado cardíaco 2. Cirurgia cardíaca e adaptação 3. Adaptação familiar e profissional

ABSTRACT

Miocárdio revascularization: Na individual 's adaptation process on work and family relationships. This summary is about a qualified explorative and descriptive study which was based on Sister Callista Roy's adaptation theory. About fourteen people were involved on this study. These people underwent a miocardio revascularization surgery. Nine out of these fourteen people were male and five out fourteen were female. All of them agreed to participate in this study taking into consideration and being aware of the 196/96 amendment of the National Health Board which deals with research on human beings. The study's main objective was to to analyse how these individual's professional and family adaptation process happens. To do so, we used a semi- structured interview guide, whose first part was made up of personal and social- demographic data and the second part was made up of questions related to the adaptation process. The interviews were held at the researched patient's homes after a previous selection of the chosen patients made in the hospital in which they were operated on. The analysis made took into consideration the following ways the physiological adaptation ways , self- awareness, function of the role and interdependence related to focal, contextual and residual stimulus. Its results led to a gradual and efficient adaptation process, which came from the interaction of these factors in the cases where surgeries developed without complications. This way some findings were relevant to an effective adaptation of the individuals belonging to this study, having as examples: the family and friends' support, trustworthiness, the approach of the doctors concerning the make of the surgical procedure, the guidance of the multi professional staff, willpower and religious support. However, we found a few limitable aspects of process like hospitalization, especially the hospitalization at the Intensive Care Unit, restriction of the physical mobility, cognitive and self- awareness alterations, financial problems, among others. Changes at the quality of life of these people right after the surgical treatment also came out.

Key words: 1- Adaptation process of the revascularized patient 2- Cardiac surgery 3- Family and professional adaptation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	
1.1	Aproximação com o texto	09
1.2	Motivações	12
1.3	Objetivo/problema	12
1.4	Objeto	12
1.5	Justificativa	12
2	O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO INDIVÍDUO SUBMETIDO A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCARDIO	
2.1	Breve história da Cirurgia Cardíaca	13
2.2	Tratamento Cirúrgico das complicações mecânicas	15
2.3	Fatores psicossociais no surgimento das doenças cardiovasculares	19
2.4	Aspectos psicológicos da doença no indivíduo, na família e no processo de adaptação	23
2.5	Sentimentos comuns na cirurgia cardíaca no pré e pós-operatório	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1	Elementos do modelo de adaptação de Roy	28
3.1.1	A pessoa que recebe o cuidado de enfermagem	28
3.1.2	A meta da enfermagem	34
3.1.3	A direção das atividades de enfermagem	34
3.1.4	O conceito da saúde	34
3.1.5	O conceito de ambiente	35
3.2	O processo de enfermagem e seus elementos	36
3.2.1	Avaliação de primeiro nível	36
3.2.2	Avaliação do segundo nível	36
3.2.3	Diagnóstico de enfermagem	37
3.2.4	Metas da enfermagem	37
3.2.5	Planejamento para intervenção de enfermagem	38
3.2.6	Evolução	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	Análise de dados	41
4.2	Princípios éticos da pesquisa	41
5	APRESENTAÇÃO ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A-Termo de Consentimento	89
	APÊNDICE B-Roteiro para entrevista semi-estruturada	90
	ANEXO A-Tipologia de trabalho de problemas comuns de adaptação	92
	ANEXO B - Os modos adaptativos de Roy e os diagnósticos de enfermagem da Nanda	93

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas portadoras de patologias cardíacas, a exemplo da Doença Arterial Coronariana (DAC) e, conseqüentemente, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), vem crescendo nos últimos anos em todo o mundo. Segundo Leal e col. (2002), no início do século XX a primeira causa de morte no Brasil era de origem infecciosa, mas atualmente as doenças cardiovasculares representam um elevado percentual de internações, seguidas de óbitos em quase todos as capitais do sul e sudeste do País.

Há grande variação nos registros de mortalidade associados a essas doenças nas distintas regiões do Brasil, o que pode ser justificado pelos diferentes estilos de vida da população, questões geográficas, climáticas, sócio econômicas, culturais e educacionais. Entretanto, questiona-se que a veracidade dos próprios registros e qualidade da assistência médica, pois, muitas vezes; causas mal definidas são atribuídas aos óbitos.

Essas patologias são consideradas multi fatoriais, tendo, vários fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, estando entre eles a: hipertensão arterial sistólica (HAS), tabagismo, dislipidemia, obesidade, estresse, sedentarismo, a diabetes mellitus (DM), história familiar, idade, sexo e a raça. Tais fatores podem ser considerados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os modificáveis podemos citar a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse e os não modificáveis como: a idade, sexo, raça e etnia e historia familiar.

Independente desses fatores, estudos demonstram que a depressão é considerada como um dos fatores de risco isolado para as doenças cardiovasculares, elevando mais de duas vezes o risco de DAC, e IAM (Bezerra e Lins, 2003). Com base nos dados que confirmam o aumento das doenças cardíacas faz-se necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, em especial dos profissionais enfermeiros para que possam realizar

diagnósticos, traçar metas, direcionar suas atividades, desempenhando o papel de educadores, não só nas instituições hospitalares, onde as pessoas já se encontram com a patologia instalada, mas, também, em programas preventivos, podendo começar iniciar essa atuação nos próprios lares e, conseqüentemente, amplia-la para um grupo, comunidade, e sociedade.

Com o objetivo de realizar diagnósticos cada vez mais rápidos e precisos e, conseqüentemente, salvar mais vidas, já existem no mercado avançados exames, técnicas de reperfusão e revascularização do músculo cardíaco, a exemplo do eletrocardiograma, teste esforço, cintilografia do miocárdio, cateterismo cardíaco, ultra sonografia intracoronária tomografia e ressonância magnética do coração.

Como técnicas de reperfusão e revascularização, existem os trombolíticos, a angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP) com ou sem implantação de *stents**, e as revascularizações do miocárdio (RM), promovidas cirurgicamente. A equipe de enfermagem é a única que atua em todos esses momentos, compreendendo desde a realização de exames ECGs até nos centros de hemodinâmica, centro cirúrgico e, também, nos setores de diagnóstico por imagem.

Todas essas técnicas usadas para melhorar o fluxo sanguíneo do coração têm suas respectivas indicações, porém para os casos mais graves de comprometimento cardíaco, a cirurgia de revascularização do miocárdio é a mais indicada.

Assim, a pessoa que é submetida a tal procedimento, normalmente encontra-se mais debilitada e através dele espera-se readquirir a sua integridade fisiológica, de autoconceito, funções de papel e interdependência.

*Stent** prótese que são utilizadas para reduzir o risco de reestenose (nota da autora).

Ressalto que, apesar dos benefícios, que a revascularização do miocárdio traz, o trauma físico e psicológico, a ansiedade e o medo são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, principalmente, quando se trata do coração que, para muitas pessoas, é considerado o centro das emoções, dos sentimentos e da vida.

Para alguns indivíduos, esse pós-operatório pode comprometer algumas das suas necessidades básicas como a de autocuidado, auto-estima, controle eficaz do regime terapêutico, desempenho de papel, alterações cognitivas, sensoriais, tolerância às atividades laborais, mobilidade física, mobilização no leito, proteção, segurança, sexualidade, o que poderá interferir no seu processo de adaptação familiar e profissional.

Nesse contexto, a atuação dos profissionais de saúde, em especial a do profissional enfermeiro, é indispensável, visando aumentar o poder de enfrentamento da pessoa. O indivíduo ao ser admitido numa instituição hospitalar encontra-se afastado das suas atividades diárias, distanciado dos seus familiares, submetido a uma nova realidade de vida e, esses aspectos, contribuem para o surgimento da insegurança, do medo, e de dúvidas em relação ao seu futuro. Assim, o enfermeiro, juntamente com toda a sua equipe deverá prestar cuidados ao indivíduo de forma holística, interagindo com seus familiares e desenvolvendo um plano de assistência individualizada.

Dessa maneira, como enfermeira intensivista, trabalhando diretamente com pessoas no pré e pós-operatório de cirurgias de revascularização do miocárdio, percebi o quanto é angustiante para o indivíduo ouvir do seu médico: “o senhor ou a senhora precisará fazer uma cirurgia no coração”. Esta é uma informação que costuma gerar muita ansiedade, temor e suspense. O tratamento cirúrgico, em determinados casos, é a única opção para melhorar os sinais e sintomas da patologia cardíaca e, constantemente, alguns questionamentos são ouvidos: Será que realmente essa cirurgia é preciso? Quando será que poderei voltar a trabalhar? Mudará muita coisa na minha vida? Será que precisarei decidir pela operação

agora? Será que não tem outra opção de tratamento? Como será a cirurgia? Terei que ficar na UTI? Poderei ver os meus familiares? Será que irei sentir muita dor? Será que vou morrer? Em casa, juntamente com seus familiares, as dúvidas e os anseios continuam e é preciso que os profissionais sensibilizem-se, estando atentos e preparados para desenvolver um diálogo franco, direto, e humanizado, objetivando confortar, ajudar e esclarecer as dúvidas dessas pessoas, tendo em vista o processo de adaptação desse indivíduo.

Face a essas considerações e baseada nas minhas observações, acompanhando pessoas no pré e pós- operatório de cirurgia cardíaca em um hospital geral da rede particular da cidade de Salvador-Bahia, desde 1996, despertou-me a preocupação com a adaptação da pessoa cirurgiada, compreendendo-a desde o momento da notícia da cirurgia, perpassando seu internamento no hospital, até a sua adaptação familiar e laboral no pós- operatório.

Assim, destaco o seguinte objeto/problema do estudo proposto: *como se processa a adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido a revascularização do miocárdio?*

Para norteá-lo, estabeleci como objetivos:

- ◆ *Analisar o processo de adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido a revascularização do miocárdio;*
- ◆ *Identificar limites e possibilidades de adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido a esse tipo de cirurgia.*

Este estudo justifica-se, porque seus resultados poderão contribuir para a assistência de enfermagem na formulação e resolutividade dos seus diagnósticos, tanto no que diz respeito ao processo de cuidar intra-hospitalar, quanto para as orientações ao paciente e família após alta, incluindo as ações dirigidas para sua adaptação às novas circunstâncias, considerando o retorno, mais breve possível, às suas atividades laborais e sem prejuízo para a sua saúde.

2 O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO INDIVÍDUO SUBMETIDO A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA CIRURGIA CARDÍACA

A primeira cirurgia cardíaca bem sucedida, de que se tem conhecimento, foi desenvolvida por um cirurgião italiano, Vecchi em 1895, para sutura de uma ferida no ventrículo direito, provocada por arma branca. Posteriormente, nos Estados Unidos da América (EUA), ela foi realizada, também, para fechamento de ferida provocada pelo mesmo instrumento, em 1902. Seguiram-se cirurgias valvares em 1923 e 1925 e a ressecção de coarctação da aorta em 1944.

O fechamento de canal persistente deu-se em 1937 e 1938 e o enxerto de derivação da artéria coronária foi iniciado em 1954. O mais revolucionário avanço da cirurgia cardíaca pode ser considerado a derivação cardíopulmonar ou circulação extra corpórea (CEC), cujo primeiro uso em seres humanos ocorreu em 1951. Esse tipo de técnica mantém a circulação sanguínea, a perfusão dos tecidos, a oxigenação, a temperatura do sangue e, proporciona ao cirurgião um “coração sem sangue” durante a cirurgia.

No entanto, algumas complicações como hemólise, aumento da permeabilidade da membrana celular, derivações hidroeletrolíticas, hipóxia, anóxia tecidual, formação de trombos, êmbolos, dissecação cardíaca e vascular, elevação das catecolaminas, do hormônio antidiurético e inflamações sistêmicas podem ser secundárias a esse procedimento (SMELTZER e BARE, 1994).

Com o objetivo de evitar ou minimizar os problemas associados à circulação extra corpórea, na década de 70, do século passado, cirurgiões já escreviam suas experiências com técnicas de circulação sem a extra corpórea, principalmente para revascularização da artéria descendente anterior e da coronária direita. Porém, essa técnica era realizada sem parada cardíaca, o que criava dificuldades para o cirurgião na realização da anastomose e na

intervenção sobre a parede posterior do coração, podendo motivar hipotensão importante (BLACHER e RIBEIRO, 2003).

A revascularização do miocárdio, através do enxerto de ponte na artéria coronariana, é indicado para pessoas portadoras de doença arterial coronariana (DAC), quando os indivíduos não respondem ao tratamento clínico, como as terapias de reperfusão, que compreendem o uso de trombolíticos, e a angioplastia, com ou sem colocação de *stents*. Segundo LEOPARDI (1999), esses enxertos possibilitam o aumento do fluxo sanguíneo para o coração, através da anastomose de vaso auto-enxertado, como por exemplo: a utilização da veia safena magna, veia safena parva, artéria epigástrica inferior, artéria mamária interna esquerda e direita, artérias radiais e artéria gastroepiplóica direita para uma área distal à oclusão da artéria coronariana.

De acordo com Barreto (2001), o tratamento cirúrgico de revascularização do miocárdio pode ser considerado: eletivo, primário, eletivo pós fibrinolítico com sucesso, pós angioplastia sem sucesso, revascularização do miocárdio em pacientes com infarto agudo do miocárdio, secundário à angioplastia eletiva e como tratamento cirúrgico das complicações mecânicas.

Deve ser destacado que, no início do século XX, as doenças cardiovasculares contribuíram com menos de 10% dos óbitos no mundo e ao final desse século, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por aproximadamente 50% dos óbitos em países desenvolvidos e 25% em países em desenvolvimento.

No Brasil, as doenças cardiovasculares ocupam a liderança das causas de óbitos e internações hospitalares, sendo a mortalidade por doenças isquêmicas do coração amplamente variada entre os países e, também, entre regiões de um mesmo país. Estima-se que em 2020 essas doenças contribuirão com 25 milhões de óbitos anualmente, e as doenças isquêmicas do

coração suplantará as doenças infecciosas, tornando-se a primeira causa de mortalidade no mundo (LEITE, 2002).

2.2 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS COMPLICAÇÕES MECÂNICAS

O tratamento cirúrgico das complicações mecânicas é realizado nas seguintes situações: ruptura de parede livre do ventrículo esquerdo, comunicação interventricular, ruptura do músculo papilar e disfunção do músculo papilar, com grave repercussão hemodinâmica.

Nessas situações, a cirurgia deve ser desencadeada com a máxima urgência, tentando-se a melhor estabilização possível do paciente, inclusive com a utilização do Balão Intra Aórtico (BIA), durante o seu preparo. Os benefícios a serem considerados com a revascularização do miocárdio são: melhora do desconforto precordial e das complicações secundárias à redução do débito cardíaco, correção de estruturas do coração, visando a limitação do dano no miocárdio devido a isquemia e, conseqüentemente, a redução da mortalidade.

Dentre as complicações mais freqüentes do pós-operatório de cirurgias cardíacas, mais precisamente da cirurgia de revascularização do miocárdio, estão: baixo débito cardíaco, Infarto Agudo do miocárdio, Arritmias, crise hipertensiva, pericardite e síndrome pós-pericardiotomia, tamponamento cardíaco, complicações respiratórias, cerebrais, infecciosas, sangramentos, insuficiência renal aguda, e complicações gastrintestinais (KNOBEL, 1998).

Existem várias razões para o surgimento de baixo débito, por exemplo: hipovolemia, IAM, tamponamento cardíaco, embolia pulmonar, bradiarritmias ou taquiarritmias e síndrome vasoplégica.

Quanto ao Infarto Agudo do Miocárdio, este acontece em torno de 2% a 4% nos casos de enxertos inadequados, envolvendo embolias coronarianas, embolia gasosa, espasmo da artéria mamária ou radial, compressão por próteses, suturas inadvertidas ou choque grave e

prolongado. Ressaltamos que a dor do infarto costuma, muitas vezes, ser confundida com a dor da incisão cirúrgica, o que pode mascarar o diagnóstico e retardando o tratamento.

Vários tipos de arritmias podem acontecer no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio e as mais frequentes são as supraventriculares, fibrilação atrial, extra-sístoles ventriculares, e bloqueios atrioventriculares.

A crise hipertensiva é, também, muito comum no pós-operatório dessa cirurgia e pode ocorrer mesmo em pacientes normotensos, devido a superficialização anestésica e ativação do sistema nervoso autônomo simpático. É importante que a enfermagem esteja atenta aos dados vitais desse paciente, principalmente no controle da pressão artéria, a fim de evitar risco de hemorragia no local da anastomose cirúrgica, sangramentos cerebrais, dissecação ou ruptura aórtica.

A pericardite sempre deve ser diferenciada da dor do infarto e da incisão, sendo comum a atrito pericárdico e da hipertermia. Geralmente, acontece entre o 4º e o 10º dia do pós-operatório. O tamponamento cardíaco é uma complicação pouco frequente, mas quando acontece é importante o diagnóstico e a drenagem pericárdica sejam realizados imediatamente de modo a impedir sua evolução para o óbito..

As complicações respiratórias são muito frequentes na cirurgia cardíaca principalmente quando se utiliza a circulação extra corpórea provendo uma hipotermia profunda. Nos casos de fumantes, obesos, nas reoperações e na má função ventricular o risco de complicação pulmonar fica aumentado.

Os sítios mais frequentes de sangramento no pós-operatório em questão são as anastomoses de coronárias, bolsa no átrio direito e sutura na aorta. Sangramento esporádico, mesmo os de maior volume e com sangue mais escuro pode significar perda, devido a mobilização do paciente, mas nos sangramentos maciços a pessoa deve ser encaminhada imediatamente ao centro cirúrgico, tendo como suspeita a deiscência da anastomose.

Danos cerebrais graves é incomum nas cirurgias cardíacas e sua ocorrência, em geral deriva do deslocamento da placa de cálcio da aorta, embolia gasosa, deslocamento de trombo da cavidade esquerda, hipotensão e hemorragia grave.

A embolia gasosa geralmente provoca sofrimento cerebral difuso, sem localização e com melhora rápida. No entanto, essas complicações podem contribuir para retardar a extubação do paciente, cooperando para o surgimento de infecções respiratórias. Eventos desse tipo têm uma incidência de 0,5 % a 1% dos casos (KNOBEL, 1998).

Ressaltamos, também, que o índice de mortalidade no pós-operatório secundário a essa complicação é de 3% a 8%, podendo ocorrer alterações no sistema nervoso central e periférico, as quais podem ser transitórias ou definitivas. Dentre as principais alterações neurológicas destaca-se a encefalopatia tóxica metabólica, a qual costuma estar relacionada ao uso ou a retirada de medicações, falência renal e ou hepática, quadro infeccioso e idade avançada (Milla apud ATRA e D' ALESSANDRO, 2001).

A confusão mental é o quadro mais comum do pós-operatório de cirurgia cardíaca, podendo ser desencadeada tanto por causas metabólicas como por vasculares. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é, ainda, outra complicação neurológica, que pode ter conseqüências sérias como déficits neurológicos permanentes e ou temporários, problemas sociais e financeiros, envolvendo, assim, questões previdenciárias.

Dentre as complicações do sistema nervoso periférico, por exemplo, as lesões do plexo braquial têm incidência de 2% a 18%, sendo a causa mais comum o estiramento do plexo, quando faz-se a esternotomia mediana*. Há, ainda, alta incidência de comprometimento do plexo braquial esquerdo, quando é feita a dissecação da artéria torácica interna esquerda (artéria mamária) para revascularização do miocárdio (ATRA e D' ALESSANDRO, 2001).

*Externotomia mediana- Abertura do osso externo na porção intermediária (nota da autora).

A prevalência de infecções hospitalares, após a cirurgia cardíaca, costuma ser 3% a 5%, e as mais comuns são: infecções respiratórias, de pele, infecções do trato urinário e osso. Os casos mais susceptíveis de infecção envolvem pacientes com internação prolongada, reoperados para revisão cirúrgica, devido sangramento e aqueles com infecção prévia.

Nesse sentido, enfermeiro deve atentar para os sinais e sintomas de infecções como a presença de hipertermia, características das secreções respiratórias, da diurese, aspecto das feridas cirúrgicas e a hipoatividade nesses indivíduos; deve, ainda, supervisionar e orientar sobre a importância da lavagem das mãos e realizar procedimentos sempre com técnicas assépticas.

A insuficiência renal tem prevalência entre 1% a 2% e costuma estar relacionada a cirurgia de emergência, hipotensão arterial, no intra-operatório, circulação extra corpórea prolongada e utilização de contraste iodado.

As complicações gastrintestinais comuns são: hemorragia digestiva alta, por úlcera de estresse gástrica ou duodenal; hiperbilirrubinemia, e pancreatite. A prevalência de úlcera de estresse varia de 0.5% a 1.5%, com mortalidade de 10% a 15% (KNOBEL, 1998).

Atualmente, com o advento de novas técnicas cirúrgicas, além do criterioso acompanhamento pré e pós-operatório, muitas dessas complicações tendem à ser redução. No entanto, a média de idade dos pacientes com indicação de revascularização do miocárdio aumentou, proporcionando maior chance de complicações neurológicas, pois costumam existir associações com outras patologias em um mesmo paciente (Mills apud ATRA e D`ALESSANDRO, 2001).

Desse modo, o aumento dos índices de mortalidade no pós-operatório de revascularização do miocárdio tem sido em consequência da mudança do perfil dos pacientes com indicação para esse tipo de tratamento. Tais pacientes costumam ser pessoas idosas, com alto percentual de mulheres, presença de condições cardíacas

precárias, angina estável ou instável, doença trivascular, revascularização prévia, disfunção do ventrículo esquerdo e portadores de outras patologias associadas como: hipertensão, diabetes e doenças vasculares periféricas, configurando-se assim, uma população de maior gravidade.

Diante dessas considerações, o paciente com indicação cirúrgica de revascularização costuma estar debilitado fisiológica e psicologicamente, requerendo cuidados de uma equipe multi profissional, constituída por enfermeiros, médicos, psicológicos, fisioterapeutas, entre outros. Essa equipe deverá estar sempre atenta aos sinais de complicações clínicas e alterações comportamentais para que, posteriormente, sejam traçadas metas que possibilitem promover a integridade e a adaptação desse indivíduo nas suas relações social, familiar e de trabalho.

2.3 FATORES PSICOSSOCIAIS NO SURGIMENTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.

O apoio da sociedade e a comunicação interpessoal desenvolve no indivíduo um sentimento de valorização por pertencer a um grupo, sentir-se aceito, estimado, e capaz de desenvolver relações afetivas de identificação, reconhecimento e valor social (Cobb, apud CORTE (1998). Esse suporte é transmitido, principalmente, pela família, instituições escolares e relações de trabalho. Quando as pessoas encontram-se adaptadas dentro dos modos de auto-conceito, e interdependência, ou seja, quando há uma interação efetiva nas suas relações, aumenta, também, o seu poder de enfrentamento para superar suas crises, envolvendo-o no modo fisiológico e o de função de papel. Existem estudos que avaliam e associam a gênese de doenças ao suporte social do indivíduo. Sobre isso, (Wolf apud CORTE, 1998. p. 121) comenta.

Em uma comunidade ítalo-americana vinda de Roseto Val Forte, no Sul da Itália, e instalada desde 1882 em Roseto, Pensilvânia,

observou-se que a incidência de infarto do miocárdio era significativamente menor do que em outras comunidades. Os demais fatores de risco tinham mais ou menos a mesma incidência, mesmo sendo a dieta mais alta em calorias e, conseqüentemente, existindo um pouco mais de obesidade. Havia poucos homens solteiros acima de 25 anos e sua estrutura social era coesa e solidária, com forte estrutura familiar e laços comunitários de cooperação mútua e muita disposição para ajuda global, em casos de necessidade.

Ressalto que as relações interpessoais, a maneira como uma pessoa se relaciona, o seu status social, a condição econômica e a posição que exerce no mercado de trabalho e na família estão diretamente relacionados aos valores dessa pessoa e, conseqüentemente, qualquer mudança repentina, que implique na perda de um desses elementos pode causar impacto psicológico emocional, comprometendo a sua saúde.

Nessa sentido, Kaplan apud CORTE (1998) estudou a interferência do suporte social sobre o sistema imunológico, identificando que acontece uma perda nas defesas desse sistema, quando o indivíduo sofre qualquer desequilíbrio emocional, relacionado de uma desestabilização em uma das áreas de suporte social, como a perda do emprego ou de um parente próximo. Esse fato é, também, tratado demonstrado pelas leis da física que regem o universo, envolvendo os princípios da termodinâmica a busca do equilíbrio dinâmico, entalpia/entropia frente a um agente externo (Calor) além da teoria dos vasos comunicantes, onde alterando um não há como não alterar o outro (ROMANO 1997).

Esse e outros estudos, referenciados por Mello Filho apud CORTE (1988) descrevem que o sistema imunológico funciona como um sistema intermediário entre o indivíduo, seus outros sistemas e o meio exterior, sendo responsável pela manutenção da integridade corporal, ou homeostase, funcionando como um sistema auto-regulador, adaptativo da vida de relação, estando em íntima interação com o sistema nervoso e com o sistema endócrino. Isso contribui

para a compreensão do quanto é tênue o limite entre o que é propriamente somático e o que é propriamente psíquico.

Desse modo, o conceito de homeostase, referindo-se ao funcionamento harmônico, equilibrado e integrado do organismo na interação com o meio ambiente externo, deu uma significativa contribuição para as pesquisas da relação entre os agentes externos, ambientais e a ocorrência de alterações fisiológicas ou fisiopatológicas.

Selye apud CORTE (1998), chamou de “síndrome geral de adaptação” aos agentes estressores, a qual é uma reação do organismo caracterizada por três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento. Após essas fases podem surgir as chamadas doenças de adaptação como a hipertensão, úlcera péptica, lesões miocárdicas, entre tantas outras. Infelizmente, as pessoas não se sensibilizam e nem buscam mudar de comportamento quando estão na fase de alarme isto é, sub-valorizam esse momento e, ao evoluírem para a fase de resistência chegam, inevitavelmente, ao esgotamento com repercussões, muitas vezes, irreversíveis à saúde.

Ainda, em relação ao estresse e a gênese das patologias, Cannon apud CORTE (1998) denominou como o primeiro estágio, o *estágio de choque*, o qual é o ponto zero para uma descarga adrenérgica e caracterizado por taquicardia, hemoconcentração, oligúria, hiperglicemia, leucopenia e leucocitose. Após esse estágio, o segundo que é o de *contra choques*, no qual as reações hormonais e neurovegetativas transformam-se, devido a hiperatividade do córtex supra-renal. Num terceiro estágio, *o de esgotamento*, ocorre a falha dos mecanismos adaptativos, retornando as alterações da primeira fase e levando o indivíduo à doença.

Há, também, uma inter-relação entre o estresse e sua relação com o sistema límbico, responsável pelos fenômenos emocionais e vegetativos, e o Sistema Nervoso Autônomo liberador de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) e o comportamento do indivíduo. O sistema límbico comanda o sistema simpático e o parassimpático através do hipotálamo.

Assim, indivíduos com personalidade de características mais simpaticotônicas tendem a estar mais facilmente sob estresse e, conseqüentemente, mais sujeitos ao adoecimento.

Nos estudos sobre os fatores psicossociais presentes na gênese da doença coronariana, foram identificadas algumas características da personalidade denominada de “personalidade Tipo A” e, embora persistam algumas divergências quanto a essas características, tal personalidade é própria dos indivíduos acelerados, que querem fazer mais e mais em menos tempo, competitivos, impacientes, perfeccionistas, ambiciosos, excessivamente responsáveis e que necessitam aparentar serem fortes, vivendo em função das exigências internas de realização, auto-suficientes. Essas pessoas apresentam sobrecarga de responsabilidades e não acreditam na potencialidade das outras. Há uma grande disponibilidade para ajudar os outros e uma atitude de “agradar sempre”, o que está relacionada ao narcisismo, no qual o indivíduo não tem contato com seus próprios sentimentos e necessidades, mas está identificando com uma imagem idealizada. (Fridmanm apud CORTE, 1998).

Esse comportamento tem sua origem na infância; quando crianças, não foram vistos como indivíduos dotados de sentimentos. Neles, foram projetados desejos dos pais e tiveram, então, que corresponder às expectativas paternas para serem amadas, negando suas próprias expectativas e sentimentos. Assim, desenvolveram o empenho de serem “bonzinhos” fazendo tudo pelos outros de modo a manter a sua auto-imagem. Por trás desse comportamento existem sentimentos de inferioridade e insegurança, por isso, o medo do fracasso, a necessidade de levar o mundo nas costas, de assumir responsabilidades excessivas, e de exibir eficiência, julgando-se necessários e indispensáveis (Fridmanm apud CORTE, 1998).

2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA DOENÇA NO INDIVÍDUO, FAMÍLIA E NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO.

A repercussão psicológica do adoecimento do indivíduo no seu meio familiar e social modifica sua relação com o mundo e consigo mesmo. Segundo Romano (1997), a família é um sistema intercomunicante, onde o comportamento do indivíduo só pode ser compreendido através do contexto do todo, de um sistema grupal e do meio onde ele está inserido. Desse modo a doença representa uma ameaça não somente para a nossa condição física, mas também psíquica. A vivência do sofrimento, da frustração, da fragilidade e da dependência em relação aos outros provoca reações variadas, estando diretamente associados aos estímulos e poderes de enfrentamento.

Para algumas pessoas, o comportamento apresentado frente à doença é de inconformação e revolta: “Por que isso me aconteceu logo comigo? Por que isto aconteceu logo agora? Outros aproveitam a situação para repensar a vida, questioná-la e realizar mudanças; mas, também, existem aqueles que encaram a doença como algo banal, mesmo que ela seja grave, muitas vezes não aderindo ao tratamento.

Neste estudo observei que o paciente submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio tendia a modificar seus hábitos de vida, rever seus conceitos, fortalecer as suas relações interpessoais, tornando-se um mensageiro de informações à respeito de prevenções de doenças cardíacas.

Para o doente coronariano, nem sempre a cirurgia de revascularização do miocárdio constitui-se a primeira opção de tratamento, porém, algumas vezes, ela surge como o único recurso possível no decorrer da doença. Assim, o apoio familiar e da equipe multiprofissional em reabilitar esse indivíduo é fundamental desde o início do tratamento e antes mesmo da cirurgia, pois isso irá facilitar o processo de adaptação, e a sua re-inserção no ambiente familiar, além do seu retorno as atividades laborais, laborais o mais breve possível.

A família do indivíduo cardiopata, normalmente, vive todo o seu processo de adoecimento e com as mesmas angústias. Como o portador de doença cardíaca tende a ser o superprotetor, o único provedor doméstico e o centralizador do poder e das decisões, seu adoecimento costuma trazer muita insegurança para a família e muita preocupação para ele próprio, que se vê impedido de retomar suas responsabilidades de imediato, além das restrições e mudanças nos hábitos de vida.

Tal situação, freqüentemente, causa-lhe depressão e irritação, predispondo-o a atitudes de superproteção dos familiares. Por essa razão, a preparação da família também é fundamental, pois ela será o suporte para ele, após sair do hospital.

Neste sentido, da pessoa operada para casa deixa-lhe insegura, pois poderá não ter mais o mesmo “cuidado” ou “proteção” que supunha ter quando hospitalizada. Porém, estando ela e a família são orientadas quantos aos limites, às novas rotinas e aos cuidados relativos à fase de adaptação e reabilitação, muito da ansiedade de ambos será dissipada. Se, no entanto, forem detectados conflitos familiares, eles deverão ser tratados, pois, caso contrário, poderá comprometer o enfrentamento, a adaptação familiar e profissional dessa pessoa (CORTE, 1998).

2.5 SENTIMENTOS COMUNS NA CIRURGIA CARDÍACA, NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO.

É comum a cirurgia cardíaca comum gerar, insegurança, ansiedade, medo de seqüela, dúvidas, sentimento de perda, de fracasso existencial e a sensação de que está chegando ao fim. As fantasias em relação a magnitude dessa operação, a invasibilidade com a abertura do peito, os temores em relação à anestesia e à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são alguns dos fatores que mobilizam estresse, deixando o indivíduo vulnerável e deprimido, comprometendo suas funções fisiológicas e psicológicas.

Assim, o indivíduo cirurgiado cardíaco sente-se atingido em sua auto estima, seu autoconceito sua identidade e suas funções sociais, enfim fica abalado diante da ameaça de perda do controle sobre si mesmo, motivando o surgimento de depressão, insegurança, dependência e negação. Quanto mais vulnerável sentir-se, mais ansioso e deprimido ficará e uma série de mecanismos de defesa poderão ser acionados como reação à ruptura do seu equilíbrio fisiológico, psíquico e emocional.

Assim sendo, é fundamental que as equipes cirúrgicas e as instituições hospitalares tenham pessoas que façam, rotineiramente, o preparo pré-cirúrgico de modo que esses indivíduos verbalizem seus sentimentos e possam ser orientados para obter todas as informações possíveis a respeito da cirurgia, podendo, assim, sentirem-se mais confortáveis e seguros.

O acompanhamento no pós-operatório, que também envolve toda equipe, possibilita ao indivíduo a sensação de estar sendo protegido e cuidado em um dos momentos mais difíceis do seu tratamento. A hospitalização é um evento que causa transtornos psicológicos, econômicos e sociais para o paciente e para a sua família.

Ressalto que o internamento na Unidade de Terapia Intensiva torna-se mais um agravante devido ao estigma das UTIs, que são consideradas, por muitas pessoas, como um local destinado aos pacientes graves, um ambiente hostil e traumatizante, onde as pessoas encontram-se afastadas dos seus familiares e susceptíveis a procedimentos invasivos e dolorosos. Esses pré-conceitos exigem que tais unidades setores tornem-se, cada vez mais humanizadas, onde o indivíduo possa ser tratado de forma holística, tendo sua privacidade, crenças e valores respeitados.

Nesse sentido, algumas medidas práticas podem ser tomadas pela equipe no UTI, como: “Apagar as luzes à noite, respeitar o sono dos clientes, ser mais flexível quanto aos horários de visitas, reduzir o tempo de permanência no UTI, apressar a mobilização, explicar-lhe os

procedimentos que estiverem sendo adotados e encorajá-los a participarem deles, na medida do possível, mantê-los vestidos, tratá-los pelo nome, conversar com eles, evitar deixá-los sozinhos, evitar barulho ou conversas desnecessárias, ou preocupantes na sua frente e, por fim, sedá-los quando necessário.” (Campos apud CORTE, 1998).

Da saída do UTI para enfermaria e até a alta hospitalar, o indivíduo vive o processo de resgate da autoconfiança. É preciso encorajamento e apoio para a retomada das atividades, estimulando-o para que assuma, gradativamente, suas rotinas. As orientações do enfermeiro, da equipe médica, da nutrição e de psicólogos podem contribuir, efetivamente, para a adaptação familiar e profissional eficiente desse indivíduo.

Dependendo do ritmo ao qual o indivíduo submetido a revascularização do miocárdio está habituado, as restrições pós-cirúrgicas podem promover reações variadas. Há aqueles que não conseguem ficar parados, por serem muito ativos, irritam-se com facilidade e negam a delicadeza do seu estado, mostrando-se fortes e prontos para a retomar a vida cotidiana; outros, mais passivos e retraídos, mostram-se excessivamente dependentes, utilizando-se dos “ganhos” que podem obter frente a doença, exigindo atenção especial para ele (Fridmanm apud CORTE,1998).

Assim, esses sentimentos e vivencias, comuns nos pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca, conduzem a momentos de grande incerteza quanto ao restabelecimento e sua reintegração social da pessoa, principalmente familiar e laboral. Nesse sentido, a enfermagem poderá utilizar-se de visitas pré e pós-operatórias com o objetivo de identificar os limites adaptativos desse paciente, de modo a promover meios para o seu enfrentamento.

3 O REFERENCIAL TEÓRICO

A análise empreendida neste estudo tem como base a Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy, doutora em enfermagem, nascida em 14 de outubro 1939, em Los Angeles, Califórnia. Roy obteve seu grau de Bacharel em enfermagem em 1963, no Mount Saint Mary's College, em Los Angeles; o de Mestre em enfermagem em 1966 e o grau de Doutora em Sociologia, em 1977, na Universidade da Califórnia. Enquanto cursava o Mestrado, Sister Callista Roy foi desafiada a participar de um seminário com Dorothy E. Johnsons, a fim de desenvolver um modelo conceitual para a enfermagem.

Nesse período, Roy ocupou vários cargos, inclusive o de Presidente do Departamento de Enfermagem do Mount Saint Mary's College em Los Angeles; Professor adjunto no Programa de Pós Bacharelado, da Escola de Enfermagem da Universidade de Portland e Diretora Interina e Consultora em Enfermagem no Saint Mary's Hospital em Tucson Arizona. É membro da American Academy of Nursing e está em atividade em várias organizações, inclusive no Sigma Theta Tau e na North American Nurses Diagnosis Association (NANDA).

Roy é autora e co-autora de muitos trabalhos que incluem: Introduction to Nursing: An Adaptation Model, Essentials of the Roy Adaptation Model, e Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model. (GEORGE, 1993). Quando atuava como enfermeira observou que as crianças possuíam grande capacidade de se adaptarem às mudanças, e isso, possibilitavam-nas resolver, satisfatoriamente, seus problemas, face ao poder de enfrentamento.

Dessa maneira, admitiu que o conceito de adaptação poderia constituir-se eixo orientador e norteador da prática da enfermagem. Assim, o modelo de adaptação de Roy derivou do trabalho de Harry Helson, em 1964, onde Roy combinou o trabalho de Helson com as definições de *rapport* e de sistema, considerando as pessoas como um sistema adaptativo.

Em 1984 foi publicada uma edição extensivamente revisada de *Introdução to Nursing: na Adaptation Model*, para debater o uso do modelo Roy na construção e teoria da enfermagem.

3.1 ELEMENTOS DO MODELO DE ADAPTAÇÃO DE ROY

Há cinco elementos essenciais no Modelo de Adaptação de Roy, segundo George (1993).

1. A pessoa que recebe o cuidado da enfermagem
2. A meta da enfermagem
3. A Direção das atividades de enfermagem
4. O conceito de saúde
5. O conceito de ambiente

3.1.1 A pessoa que recebe o cuidado de enfermagem

Inicialmente, a primeira preocupação da enfermagem é com a identidade de quem ela vai prestar os seus cuidados que pode ser um indivíduo, família, um grupo ou uma sociedade e cada um deve ser considerado pela enfermeira como um sistema holístico e adaptativo. Segundo Roy, apud COUTRERAS e ARRUDA (1993) o ser humano é um ser bio-psico-social, que constitui um sistema aberto chamado “Sistema de Adaptação”. Os aspectos individuais das partes agem, conjuntamente, para formar um ser unificado e as pessoas, como sistemas vivos, estando em constante interação com seus ambientes. Entre o sistema e o ambiente ocorrem uma troca de informações, matéria e energia. Essa característica de um sistema vivo é chamada de abertura. Dunn, um teórico de sistemas citado por GEORGE (1993), afirma que a menor unidade da vida é a célula, e esta, é um sistema vivo e aberto, possuindo um mundo interior e exterior. Do mundo exterior, ela precisa extrair as substâncias

de que necessita para sobreviver e, dentro de si, precisa manter a ordem no seu imenso mundo de moléculas, com a abertura de sistemas, havendo constante troca de informações, matéria e energia, entre elas e o ambiente. Nesse mundo em mudança, as pessoas precisam manter sua própria integridade; isto é, cada pessoa busca adaptar-se continuamente. Daí, ser a pessoa entendida como um sistema adaptativo, holístico.

Desse modo, um sistema é um conjunto de elementos relacionados de tal modo que torna a unidade em um todo e está formado por diferentes elementos tais como: *input* (entrada de estímulos: focais, contextuais e residuais e outputs, saída de estímulos, que são os comportamentos adaptativos e ou inefetivos; processo de controle (mecanismo de enfrentamento: cogniscente e o regulador e efetivadores ou modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência (CONTRERAS E ARRUDA, 1993).

Os *inputs* são estímulos que podem surgir tanto do ambiente externo quanto do interior da pessoa. O nível de adaptação é a variação de estímulos, aos quais a pessoa está sujeita a agir adaptativamente. Essa variação de reações é peculiar ao indivíduo e o nível de adaptação de cada um constituindo-se aspecto em constante mudança, que é influenciado pelos mecanismos de enfrentamento.

Sabe-se que o homem para viver em sociedade, continuamente lança mão de estratégias que possibilitem a sua relação com o outro e com o contexto. Para isto ele busca formas de enfrentamentos que, neste estudo, consideraremos como tudo que o paciente fez para lidar com as situações que interferiram na sua vida, desde o momento que recebeu a notícia da cirurgia de revascularização do miocárdio.

Roy utiliza o termo enfrentamento para descrever os processos de controle da pessoa enquanto um sistema adaptativo. Alguns desses sistemas são herdados ou genéticos, outros, são aprendidos ou adquiridos. Apresenta para a ciência da enfermagem os mecanismos de controle e são eles: o regulador e o cogniscente. Considera os mecanismos de enfrentamento

regulador e cogniscente como subsistemas de pessoa, sistemas adaptativos. Os transmissores do mecanismo regulador são químicos, neuronais ou endócrino.

Os *outputs* constituem-se os comportamentos de saída ou *feedbacks* da pessoa que, também, podem ser internos e externos. Assim, esses comportamentos podem ser observados, medidos ou relatados subjetivamente sendo categorizados como respostas adaptativas ou respostas ineficientes. A integridade ou resposta eficiente demonstra, o quanto a pessoa é capaz de alcançar as metas, em termos de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. As respostas ineficientes ao contrário não dão apoio a essas metas (GEORGE, 1993).

Roy define, ainda, as respostas psicomotoras, que têm origem no sistema nervoso central, como comportamentos do subsistema regulador. Alguns processos fisiológicos podem ser vistos com comportamentos do subsistema regulador. Por exemplo, o choque hipovolêmico tem como mecanismos reguladores de *feedback* o aumento da frequência cardíaca com o objetivo de manter a oxigenação de órgãos nobres como, por exemplo, o cérebro e, conseqüentemente, provocando baixa perfusão periférica.

Outro subsistema de controle original, no modelo Roy, é o subsistema cogniscente. Os estímulos ao subsistema cogniscente podem, também, ser externos e internos. Os processos cogniscentes de controle estão associados aos processos de percepção ou informação e de julgamento e emoção. O processamento de percepções ou informações está relacionado aos processos internos de atenção seletiva, codificação e memória. A aprendizagem está correlacionada aos processos de imitação, reforço e *insight*. A solução de problemas e a tomada de decisões constituem processos internos, ligados ao julgamento e, finalmente, a emoção, que possui processos de defesa para buscar alívio, apreciação afetiva e de ligação (GEORGE, 1993).

A associação dos mecanismos reguladores e cogniscentes contribuem para que o indivíduo mantenha a sua integridade. Quanto maior for o seu poder de enfrentamento,

maiores serão os estímulos para que possa responder positivamente frente as situações da vida.

Mc Haffie, citado por BONFIM (1996) comenta que a vida diária de quase todos os indivíduo é cheia de experiências estressantes que requerem alguma forma de enfrentamento. O impacto de cada experiência varia conforme a pessoa e se move em meio aos seus vários papéis e de acordo com a mudança desses papéis. Desde os anos 60, do século passado, tem ocorrido um crescente reconhecimento de que, embora a tensão seja de fato uma parte inevitável da experiência humana é o seu enfrentamento que faz a diferença para o resultado adaptacional.

Avaliando os processos internos da pessoa como um sistema adaptativo, Roy define os sistemas efetores. Os quatro efetores ou modos adaptativos são a *função fisiológica*, o *autoconceito*, a *função do papel* e a *interdependência*. Os mecanismos *reguladores e cogniscente* são vistos como agindo nesses modos. O comportamento relacionado aos modos é a manifestação do nível adaptativo da pessoa, refletindo o uso dos mecanismos de enfrentamento. Desse modo, através da observação do comportamento da pessoa, em relação aos modos adaptativos, a enfermeira pode identificar respostas adaptativas ou ineficientes, em situações de saúde e doença (GEORGE, 1993).

Assim, nas situações de saúde e doença a enfermeira pode identificar quatro modos adaptativos, a saber:

— *O modo fisiológico*, que envolve:

- Oxigenação: descreve o padrão de uso do oxigênio, relacionado à respiração e circulação.
- Nutrição: descreve padrões de uso de nutrientes para restaurar e desenvolver o corpo.
- Eliminação: descreve padrões de eliminação de produtos residuais.

- Atividade e Descanso: descrevem padrões de exercício, atividade, descanso e sono.
- Integridade da pele: descreve padrões da função fisiológica da pele.
- Sentidos: descreve as funções sensório-perceptivas, relacionadas à obtenção de informação visual, auditiva, cinestésica, gustativa, tátil e olfativa.
- Fluídos e Eletrólitos: descreve padrões de uso fisiológico de fluidos e eletrólitos
- Função neurológica: descreve os padrões neuronais de controle, regulação e intelecto.
- Função endócrina: descreve padrões de controle e regulação que incluem a reação do estresse e o sistema reprodutor.

— *O modo de autoconceito*, que segundo Buck (1984), é a composição de crenças e sentimentos, que uma pessoa tem sobre si mesma a partir das suas percepções e das percepções que outras pessoas têm sobre o seu comportamento. Para os padrões de valores, crenças e emoções e dada atenção à esfera do *self* físico, *self* pessoal e *self* ético-moral.

— *O modo da função do papel* identifica os padrões de interação social da pessoa, em relação aos outros, refletidos por papéis primários, secundários e terciários. Para Nuwayhid citado por CONTRERAS e ARRUDA (1993), os diferentes papéis que as pessoas desempenham são uma parte da vida seja, na saúde ou na doença.

— *O modo de interdependência* identifica padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação. A interdependência definida por Tedrow apud CONTRERAS e ARRUDA (1993), é o relacionamento que existe com as pessoas próximas a nós no lar no trabalho e no lazer.

O conceito sobre os quatro modos adaptativo norteou este estudo, pois os associou aos estímulos focais, contextuais e residuais e às respostas comportamentais do indivíduo, submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, nesse sentido, pude avaliar como se

processa a adaptação desses indivíduos, seus fatores limitantes e quais foram os enfrentamentos por eles utilizados neste contexto .

Os estímulos *focais* são aqueles que atingem imediatamente a pessoa e determinam mudanças, sendo considerados o maiores causadores de impacto sobre a pessoa. Os *estímulos contextuais* são todos os estímulos do mundo interior e exterior e podem ser observáveis, mensuráveis e subjetivamente relatados. Os *estímulos residuais* são aqueles próprios da vivência e experiência de cada indivíduo, que estão presentes e são importantes à situação, embora indefiníveis ou difíceis de serem mensurados objetivamente. Por exemplo: a precordialgia é um estímulo focal, que a depender da história do indivíduo, conhecimento a respeito da sua patologia, ou seja, do seu residual e contextual ele irá evitar realizar esforços, usar um medicamento, previamente orientado pelo seu médico, procurar atendimento hospitalar ou sub-valorizar esse episódio. A depender do *feedback*, esta pessoa poderá ser considerada adaptada ou não.

Nesse sentido, segundo Leopardi (1999), a teoria de Roy apresenta pressupostos teóricos que abordam a dignidade dos seres humanos e o papel do enfermeiro na promoção da integridade na vida e na morte. Para isso faz-se necessário que o enfermeiro e o cliente esclareçam o que interfere nessa adaptação, a fim de escolher as ações que a possibilitam.

3.1.2 A meta da enfermagem

A meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas, em relação aos quatro modos adaptativos. As respostas adaptativas são aquelas que afetam positivamente a saúde. A condição da pessoa, ou estado de enfrentamento do indivíduo constituem o seu nível de adaptação. Assim, a capacidade de enfrentamento de uma pessoa varia com seu estado físico e emocional em momentos diferentes para promover a sua adaptação (GEORGE, 1993).

3.1.3 A direção das atividades da enfermagem

As atividades da enfermagem compreendem as ações que são por ela realizadas, com vistas a promoção de reações adaptativas em situações de saúde e doença. Para isto, a enfermeira necessita conhecer e manejar os estímulos focais, contextuais e residuais que invadem as pessoas. Sempre que possível, o estímulo focal, aquele que representa o maior grau de mudança, é manipulado. Para alterar os estímulos focais, a enfermeira manipula os estímulos de demanda, de modo que possa ser efetivada uma reação adaptativa. Em contrapartida, quando os estímulos focais não podem ser alterados, a enfermeira promove uma reação adaptativa, através da manipulação de estímulos contextuais e residuais (Riehel e Roy Callist, apud VIEIRA, 1986).

Desse modo, a enfermeira pode antecipar que a pessoa possui um potencial para reações ineficientes, secundárias aos estímulos e que, provavelmente, estarão presentes numa determinada situação. Para isto, deve preparar a pessoa para mudanças antecipadas, através do fortalecimento de seus mecanismos reguladores, cogniscente ou de enfrentamento.

3.1.4 O conceito de Saúde

No início, o modelo de Roy entendia a saúde como um contínuo, compreendido da morte ao bem estar de alto nível. Em 1989 Roy redefiniu que saúde é tanto um processo

quanto como um estado de ser e de tornar-se uma pessoa íntegra e integrada. Ser integrada á adaptação dentro do modo fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência (CONTRERAS e ARRUDA, 1993).

Segundo, Tancredi; Barrios e Ferreira (2004), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que “saúde é o completo bem estar mental e social e não, simplesmente, a ausência de doença”. Esta definição denota a complexidade do assunto, e motiva uma a reflexão, considerando as necessidades de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis.

3.1.5 O conceito de ambiente

Os estímulos que partem da pessoa, e aqueles que se originam do mundo em torno de si, representam o elemento ambiente, conforme Roy. Para ela, o ambiente é conceituado como sendo as circunstâncias, as condições e influências que circundam e afetam o comportamento do homem. Por exemplo, a necessidade do paciente revascularizado cardíaco ficar internado na Unidade de Terapia Intensiva esteve associado a dor, ao abandono, ao medo da morte e ao desconforto. É importante que a enfermeira procure aumentar a confiabilidade desses indivíduos nessa unidade, de modo a aumentar o seu poder de enfrentamento e adaptação.

Da mesma forma, as enfermeiras estão ampliando seu envolvimento e participação nas instituições seja de saúde, educação, indústria e também na política e através desse envolvimento, estão ampliando e promovendo modificações dos estímulos ambientais, relacionados às situações de saúde e doença, de uma maneira ampla e de longo alcance, a um nível de sistema comunitário (GEORGE, 1993).

3.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM E SEUS ELEMENTOS

Segundo Horta (1979) existem vários modelos para o processo de enfermagem, porém o de Sister Callista Roy, tem base teórica e consta das seguintes fases: levantamento do comportamento do cliente, levantamento dos fatores influentes, identificação do problema, estabelecimento do objetivo, intervenção e avaliação.

Assim, o modelo de adaptação de Roy oferece orientação à enfermeira para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Os elementos do processo de enfermagem de Roy incluem *avaliação de primeiro e de segundo nível, diagnóstico de enfermagem, fixação de metas, planos para intervenção e evolução*, GEORGE (1993).

3.2.1 Avaliação de primeiro nível

A avaliação de primeiro nível é considerada a reunião de comportamentos de saída da pessoa, como um sistema adaptativo em relação a cada um dos quatro modos adaptativos: função fisiológica, autoconceito, função de papel e interdependência. A avaliação de primeiro nível é chamada de *avaliação comportamental*. Essa avaliação deve ser realizada de forma sistemática e holística, a fim de que a enfermeira ou a equipe de enfermagem possa definir o alvo do seu cuidado, possibilitando, também, a enfermeira compreender a situação de seu cliente, assim como para toda a equipe, sobre o cuidado com a saúde.

3.2.2 Avaliação de segundo nível

Após uma avaliação de primeiro nível, a enfermeira analisa os temas e padrões emergentes do comportamento do cliente, de modo a identificar as reações ineficientes ou reações adaptativas, que poderão exigir o apoio da enfermagem. Assim, quando estão presentes comportamentos ineficientes ou adaptativos, realiza-se uma avaliação de segundo nível. Nessa fase da avaliação há coleta de dados sobre os estímulos focais, contextuais e

residuais, que o cliente enfrenta socialmente; mecanismos e estilos de enfrentamento, estresse físico e emocional, orientação cultural, religião e ambiente físico, os quais, como os estímulos contextuais, influenciam os modos adaptativos .

3.2.3 Diagnóstico de enfermagem

Roy descreve três métodos de se fazer o diagnóstico de enfermagem. O primeiro método é a utilização de uma tipologia de diagnósticos, desenvolvido por ela e relacionado com os quatro modos adaptativos. O Quadro 6 constitui uma lista de problemas comuns de adaptação, utilizando essa tipologia (Ver anexo A).

O segundo método é a realização de um diagnóstico, enunciando o comportamento observado junto aos estímulos mais influenciadores e o terceiro método resume comportamentos em um ou mais modos adaptativos, relacionados aos mesmos estímulos.

Quadro 7 (Ver anexo B)

3.2.4 Metas da enfermagem

As metas de enfermagem constituem os comportamentos finais que a pessoa deseja alcançar. São registradas como comportamentos do cliente e indicativos de solução dos problemas de adaptação. As metas podem ser consideradas de longo ou curto prazo. As caracterizadas de longo prazo são aquelas que refletem as soluções dos problemas adaptativos e a disponibilidade de energia para alcançar outras metas (sobrevivência, crescimento, reprodução e controle). As de curto prazo, identificariam comportamentos esperados do cliente, após estímulos focais, contextuais e residuais. Essas metas deverão ser definidas junto com a pessoa.

3.2.5 Planejamento para a intervenção de enfermagem

As intervenções da enfermagem são planejadas com o propósito de alterar ou manipular os estímulos focais, contextuais e residuais. A intervenção pode, também, focalizar a ampliação da capacidade de enfrentamento da pessoa, ou de sua zona de adaptação, de modo que os estímulos totais recaiam dentro da sua área de capacidade de adaptação (GEORGE, 1993).

3.2.6 A Evolução

Compreende o relato diário ou periódico das mudanças que ocorrem no ser humano quando submetido à assistência profissional. A evolução é uma síntese, uma avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem implementada). A redação deve ser clara, sucinta, evitando repetições já anotadas na avaliação dos cuidados específicos e no plano de cuidados. Através dessa evolução poderá surgir alteração no diagnóstico de enfermagem, no plano assistencial e no plano de cuidados, possibilitando, também, controlar a quantidade e a qualidade do atendimento fornecido pelo pessoal auxiliar (HORTA, 1979).

Assim, o processo de enfermagem é completado pela evolução. Os comportamentos, que são as metas, são comparados aos comportamentos de saída da pessoa, sendo determinado um movimento na direção do alcance dessas metas ou do seu afastamento. Os reajustamentos às metas e às intervenções são feitos com base nos dados da evolução, empreendida durante todo o processo assistencial e de ajuda ao indivíduo.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativa, no qual analisei como se processa a adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, bem como busquei identificar os limites e as possibilidades desse processo. Segundo RICHARDSON apud Campos (2003), a abordagem qualitativa é uma forma adequada para compreender a natureza de um fenômeno. Minayo (1999) define a pesquisa qualitativa como aquela capaz de incorporar o significado aos atos, as relações e as estruturas sociais, explicando o que ocorre nas relações, as quais são consideradas como a essência das atividades humanas, proporciona um contato direto entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, conduzindo a uma interação maior entre eles. Essa mesma autora afirma que os estudos de metodologia qualitativa conseguem descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interação de suas variáveis, classificar processos dinâmicos, originados por grupos sociais, promovendo mudanças e compreensão das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Fizeram parte deste estudo pessoas que foram submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio, estavam na faixa etária compreendida entre 40 a 90 anos, não sendo considerado o sexo e as condições socioeconômicas, que tinham convivência com familiares e desenvolviam atividades laborais, independentemente da sua formação profissional.

Dessa maneira, entrevistei 14 pessoas, as quais estão caracterizadas no primeiro item do capítulo dos resultados. A fim de garantir o anonimato dessas pessoas, utilizei nomes de 14 artéria e veias humanas: Artéria Radial Direita, Artéria Radial Esquerda, Artéria Mamária Direita, Artéria Mamária Esquerda, Artéria Circunflexa, Artéria Coronária Direita, Artéria Coronária Esquerda, Artéria Epigástrica Inferior, Artéria Gastroepiplóica Direita, Artéria

Aorta, Artéria Diagonal, Veia Safena Magna, Veia Safena Parva, Artéria Pulmonar as quais são encontradas na identificação dos recortes das falas que exemplificam as análises empreendidas. Decidi pela seleção de indivíduos submetidos à RM, há pelo menos 03 meses, em um hospital geral, da rede particular, situado na cidade de Salvador –BA, que aceitaram participar do estudo, os quais foram entrevistados em domicílio.

Desse modo, utilizei como instrumento para coleta dos dados uma entrevista semi-estruturada, que é um procedimento utilizado na investigação social a fim de ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema. Essa entrevista é aquela em que o pesquisador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas são pré-determinadas de acordo com o plano, havendo a possibilidade de serem acrescentadas outras questões, a fim de maiores esclarecimentos e atingir aos objetivos propostos.

Minayo (1999) define a entrevista semi-estruturada como aquela que o depoente fala livremente sobre o tema de forma mais abrangente possível limitada, entretanto, por um roteiro de questões que o pesquisador deseja abordar a partir dos objetivos da sua pesquisa, sendo uma das principais técnicas usadas para coleta de uma pesquisa qualitativa.

Assim, utilizei um roteiro para a entrevista, composto, de duas partes: a primeira com a finalidade de registrar dados pessoais dos entrevistados e a segunda contendo perguntas direcionadas para os objetivos e o objeto foco da investigação.

Um outro instrumento que me apropriei para o processo de coleta dos dados foi o gravador, onde as entrevistas foram gravadas em fita K7, mediante consentimento prévio, por escrito, dos sujeitos do estudo. O material coletado foi transcrito, logo após as entrevistas no intuito de facilitar a apreensão das manifestações, visando o desenvolvimento da análise dos dados.

4.1- ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados obtidos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, proposta e fundamentada por Laurence Bardin, que a define como “conjunto de técnicas das comunicações” (BARDIN, 1994). Essa técnica surgiu para buscar o conhecimento e a explicação de conteúdos não aparentes, sendo uma forma de estudar a comunicação entre os homens (FUREGATO, 1994). É uma técnica que, conforme afirmam Marconi e Lakatos (1990), visa os resultados da ação do indivíduo, voltando-se para os estudos de suas idéias e não das palavras entre si.

Bardin (1994) refere, ainda, que para o desenvolvimento dessa técnica, faz-se necessário o cumprimento das seguintes fases: organização do material para análise, codificação dos dados coletados, categorização, inferência e tratamento informático. Para isso, pode-se utilizar algumas técnicas da análise de conteúdo como: categorial, de avaliação, de enunciação, de expressão, das relações, do discurso e temática.

Optei pela análise temática que significa a análise do tema proposto pelo estudo, porque acredito atender aos objetivos e, também, percebo na prática, esse tipo de análise é a mais utilizada, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discurso direto e de significações manifestas.

4.2- PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os princípios éticos que nortearam o estudo estão contemplados na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) aprovada em 16 de outubro de 1996 pelo Conselho Nacional de Saúde, e homologado pelo então Ministro da Saúde, Adib Jatene, em substituição a Resolução nº 1/88 “sobre pesquisas envolvendo seres humanos”.

Essa Resolução esclarece quanto ao respeito à dignidade humana e exige que todo estudo seja operacionalizado após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, ou por

intermédio de seus representantes legais (Apêndice A). De acordo com essa resolução, tal autorização deve ser registrada em documento de linguagem clara e acessível, que contenha, dentre outros elementos, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão realizados na pesquisa, deixando claro a autonomia do sujeito em aceitar, recusar ou retirar-se em quaisquer das fases da pesquisa, sem que seja submetido a penalização; deve-se, ainda, garantir o anonimato dos pesquisados em relação a possíveis informações confidenciais, vide Apêndice A

Inicialmente, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para um Comitê de Ética em Pesquisa de uma determinada instituição hospitalar da cidade de Salvador –Ba, e, após aprovação foi enviado para o comitê de ética do hospital onde os sujeitos foram para o estudo. Ao ser aprovado pela instituição onde o estudo foi realizado, fiz uma triagem dos sujeitos e posteriormente, mantive contatos telefônicos com eles marcando as entrevistas em suas residências.

5 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Neste capítulo apresento os resultados do estudo, considerando seu objeto e objetivos. A análise empreendida teve como base a Teoria de Adaptação de Sister Callista Roy, a qual ressalta que o homem é um ser adaptativo e sua adaptação ocorre continuamente. Para Roy, este homem tem que ser cuidado de forma holística, levando-se em consideração sua história, valores, conceitos, condições físico-psico e emocional sua interação com o ambiente e, também, suas relações interpessoais.

Nesse processo de adaptação, as pessoas estão expostas aos estímulos internos e externos, os quais demandam respostas, que podem ser consideradas adaptativas ou ineficientes. Para o processo de adaptação do indivíduo em situação de saúde e doença, Roy definiu quatro efeitores ou modos de adaptação são eles: modo fisiológico, de autoconceito, modo de função de papel e modo de interdependência, com os quais relacionamos as categorias de análise deste estudo.

Assim, trago, inicialmente, a caracterização dos sujeitos, conforme idade, sexo, estado civil, profissão, religião, data da cirurgia, convivência familiar e condição sócio-econômica. Em um segundo momento, está a análise e discussão, considerando as categorias e subcategorias surgidas do processo de organização dos dados, e que estão assim denominadas: *O processo de adaptação familiar e laboral e o modo fisiológico; O processo de adaptação familiar e laboral e o modo de autoconceito; O processo de adaptação familiar e laboral e o modo de função de papel e O processo de adaptação familiar e laboral e o modo de interdependência.*

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

O quadro a seguir demonstra essa caracterização, conforme comentado acima.

Quadro 1. – Caracterização dos Sujeitos conforme dados pessoais e sócio-demográficos, Salvador 2004

Nº	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RELIGIÃO	RESIDE COM FAMILIARES	DATA DA CIRURGIA	PAPEL FAMILIAR	Nº DE FILHOS	RENDA MENSAL	MORADIA
1º	48 anos	M	Casado	Projetista	Católico	Sim (esposa + 3 filhos)	09/09/2002	Chefe de família	03 filhos	> 10 salários mínimos	Financiada
2º	53 anos	M	Divorciado	Comerciante	Católico	Sim (01 filho)	13/05/2003	Pai, filho, irmão, arrimo de família	02 filhos	> 10 salários mínimos	Própria
3º	58 anos	M	Separado	Vendedor	Católico	Não (convívio c/ companheira até 02 meses do pós operatório)	09/12/2003	Mantenedor da saúde e educação dos filhos	06 filhos	3 a 10 salários mínimos	Própria
4º	59 anos	F	Casada	Comerciante	Espírita	Sim (esposa, filho e neto)	18/10/2003	Pai, mãe, administradora	03 filhos	3 a 10 salários mínimos	Própria
5ª	64 anos	M	Casado	Geólogo (aposentado) Fazendeiro	Católico	Sim (01 filha)	04/11/2003	Responsável pela família	03 filhos	> 10 salários mínimos	Própria
6º	64 anos	M	Casado	Médico	Católico	(esposa)	30/09/2003	Compartilha despesas com a esposa	01 filho	> 10 salários mínimos	Própria
7º	65 anos	M	Casado	Fazendeiro	Católico	Sim (esposa e 01 filho)	10/11/1997	Arrimo do família	03 filhos	3 a 10 salários mínimos	Própria
8º	70 anos	F	Viúva	Do lar	Católica	Sim (02 filhos, 03 netos e 02 genros)	01/11/1998	Mãe, pai, eu mesmo me mantenho	04 filhos	1 a 3 salários mínimos	Própria
9º	71 anos	M	Casado	Aposentado fazendeiro	Católico	Sim (esposa)	22/04/2000	Pai de família, mantenedor da casa	04 filhos	> 10 salários mínimos	Própria
10º	71 anos	F	Divorciada	Enfermeira (aposentada)	Católica	Sim (filho)	03/09/2002	Ajudo nas despesas do lar	02 filhas	03 a 10 salários mínimos	Própria
11º	71 anos	F	Casada	Do lar	Católica	Sim (esposa, filho criados)	12/07/2003	Mãe, esposa, avó (sempre digo sim, não gosto da palavra não)	07 filhos	Não possui renda	Própria
12º	72 anos	M	Casado	Contador e Adm. de empresas	Católico	Sim (01 filha, 01 neta)	11/02/2003	Provedor	02 filhos	> 10 salários mínimos	Própria
13º	65 anos	M	Casado	Comerciante	Católico	Sim (02 filhas e 1 filho)	10/03/2002	Compartilha despesas	03 filhos	> 3 a 10 salários mínimos	própria
14º	81 anos	F	Casada	Do lar	Espírita	Sim (esposa, filha e neta)	22/05/2002	Vive em função dos filhos	11 filhos	Não possui renda	Própria

Pelo o que se pode observar neste quadro, foram entrevistadas 14 pessoas na faixa etária compreendida entre 48 a 81 anos de idade, sendo 05 mulheres e 09 homens. Em relação ao estado civil, 10 pessoas eram casadas, 01 separada, 01 viúva e 02 divorciadas. A religião predominante foi à católica, com 12 indivíduos e 02 pertencentes à doutrina espírita. Apenas 01 das pessoas não convivia com os familiares, no momento, pois havia 03 meses de separada. Da data da cirurgia, em relação ao dia da realização da entrevista o tempo variou entre 03 meses a 06 anos. Todos tinham filhos e exerciam importante papel familiar e mesmo aqueles que não contribuíam financeiramente para a manutenção da família, eram de grande importância para a sua organização. 02 dos entrevistados não possuíam renda própria desenvolviam atividades domésticas, e recebiam ajuda financeira dos filhos. Muitas foram as atividades profissionais desenvolvidas por esses sujeitos, a exemplo de: comerciante, do lar, vendedor autônomo, geólogo, médico, veterinário, projetista, contador, enfermeira, e pecuarista. Ressalto que, do grupo estudado, apenas 01 pessoa não possuía moradia própria. A importância dessas características reside no fato de que elas podem influenciar positiva ou negativamente no processo de adaptação familiar e laboral de cada um dos indivíduos.

5.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS COM BASE NA TEORIA DE ADAPTAÇÃO DE ROY.

CATEGORIA 1 - O processo de adaptação familiar e laboral e o Modo Fisiológico

O quadro abaixo apresenta a categoria modo fisiológico as respectivas subcategorias e os achados do estudo, as quais são procedidas da análise.

Quadro 2- O processo de adaptação e o modo fisiológico, Salvador, 2004.

MODO FISIOLÓGICO	
SUB CATEGORIAS	ACHADOS DO ESTUDO
Fluídos	Edema no membro onde retirou a artéria radial Edema do membro safenectomizado
Sentidos	Dor aguda no membro safenectomizado Parestesia no membro onde foi retirada a artéria radial Parestesia em tórax Dor crônica em tórax
Atividades e descanso	Mobilidade física debilitada Distúrbio do padrão de sono Intolerância à atividade Dificuldades para gerir trabalhos domésticos
Função endócrina	Disfunção erétil
Função Neurológica	Processos de pensamentos alterados Lentidão do raciocínio Esquecimento
Oxigenação	Hemorragia digestiva Trombose Insuficiência respiratória Acidente Vascular Cerebral
Nutrição	Perda de peso Intolerância

Fonte: Dados do estudo

Analisando a 1ª subcategoria, fluídos, que se traduziu pela presença de edema do membro safenectomizado e membro onde foi retirada a artéria radial ressaltou que, atualmente, várias artérias e veias são utilizadas como enxerto na cirurgia de Revascularização do

Miocárdio e entre elas estão a veia safena, artéria mamária, radial, gastroepiplóica direita e epigástrica inferior.

Desse modo, o edema de membro safenectomizado foi um achado de alta incidência nas pessoas submetidas a essa cirurgia, sendo justificado porque em 98.2% dos sujeitos que fizeram a cirurgia foi utilizada a veia safena e 7.1% a artéria radial, no entanto ao retirar essa veia ou artéria para a realização do auto enxerto, o retorno venoso periférico tende a ficar deficiente, surgindo, conseqüentemente, a retenção de fluidos. A presença desse edema foi considerada crônica, uma vez que ele foi evidenciado tanto nos indivíduos que tinham apenas 03 meses de cirurgia quanto naqueles que já estavam com 06 anos de pós-operatório. As falas a baixo exemplificam tal consideração.

“Minhas pernas antes da operação inchavam, mas depois da cirurgia a perna que retirou a safena incha direto. Os médicos dizem que foi por causa da cirurgia..”(Artéria Safena)

“Meu médico falou que este inchaço é assim mesmo e com o passar do tempo pode até ir diminuindo, mas acho que não melhorei muito, eu até já me adaptei”.(Artéria Mamária)

“Quando eu me esqueço que fiz a cirurgia a perna me lembra porque depois de tanto tempo, mais de 02 anos esta minha perna ainda incha.”(Artéria Circunflexa)

“Percebi que o braço onde retirou a artéria ficou inchado, mas com o passar do tempo foi diminuindo” (Artéria Radial)

Deve ser ressaltado que, apesar das pessoas saberem que o retorno sanguíneo comprometido é secundário à retirada da safena, elas utilizaram como forma de enfrentamento, no seu processo de adaptação, a busca de avaliações com outros profissionais como angiologistas e fisioterapeutas; vestiam meias de compressão, realizam massagens no membro e, rotineiramente, colocam-no em posição mais elevada, a fim de facilitar a drenagem de fluidos. Os depoimentos abaixo exemplificam essas afirmações:

“Minha perna que retirou a safena incha demais e não quer mais desinchar eu procurei um angiologista e estou fazendo fisioterapia” (Artéria Aorta)

“Eu usei as meias que o médico me indicou e isto aliviou o meu inchaço”.(Artéria Diagonal)

“Nunca deixo muito tempo minha perna para baixo porque ela fica muito inchada” (Artéria Mamária)

Relato que, no processo de adaptação familiar alguns dos indivíduos, inicialmente, solicitaram apoio de familiares no que diz respeito a ajuda para sua mobilização. Posteriormente, buscaram adaptarem-se a essa alteração, evitando longas caminhadas, porém sem deixar de praticarem atividades físicas.

“Quando eu faço caminhada, a perna que fiz a cirurgia inchava e doía, então eu parava, descansava e continuava, eu acho bom fazer exercício. Recentemente, fui até a um angiologista”.(Artéria Diagonal)

“Eu procurava dormir com um travesseiro alto e colocava a perna para cima. Minha esposa sempre colocava a minha perna em cima da cama para me ajudar, depois fui fazendo tudo sozinho”.(Artéria Diagonal)

Quanto ao retorno á vida profissional, a adaptação dos sujeitos do estudo, de modo geral, pode ser considerada eficiente, visto que essas pessoas não exerciam atividades laborais, que exigissem maior esforço no membro safenectomizado, exceto em 01 caso, onde detectei dificuldade de deambular, associada a fatores emocionais como depressão e lentidão do raciocínio.

O recorte da fala abaixo revela o apoio familiar relacionado e esse modo de adaptação.

“Quando ia para o trabalho procurava ir andando, mas passei um tempo tão mal da cabeça, tão triste, que, às vezes achava que ia cair no chão, não sei se era por causa da perna ou se era a minha cabeça que não estava muito legal”.(Artéria Coronária Direita)

Analisando a subcategoria sentidos, pude observar que dor aguda, assim como o edema no membro onde foi retirada a veia ou a artéria para a revascularização do miocárdio, foi relato comum entre todos os entrevistados. Esse desconforto álgico foi próprio considerado agudo, porque, segundo (North American Nursing Diagnosis Association, 2002), o conceito de dor aguda trata da "experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de lesão". O início dessa dor pode ser súbito ou lento, de leve ou de grande intensidade, com término antecipado ou previsto, possuindo uma duração de menos que seis meses.

No caso em que foi utilizada a artéria radial, além das queixas de edema, foram relatadas alterações na coordenação motora e parestesia no membro. No entanto, foram de curta duração e, mesmo nesse breve espaço de tempo, a adaptação familiar e laboral ficaram comprometidas, visto que houve restrições para a realização de algumas atividades diárias e em relação as atividades profissionais, constatamos manifestações de limitações na escrita, conforme relatos à baixo:

“Na minha cirurgia usaram a artéria do braço, logo de início eu não sentia firmeza na mão, sentia também um pouco de dormência eu me perguntava quando eu voltar para o trabalho será que vou poder escrever? Graças a Deus logo melhorou”.(Artéria radial)

“Fui trocar uma lâmpada em casa e parecia não ter muito tato”(Artéria Radial)

Nesse caso, os estímulos focais e residuais descritos por Roy, sobressaíram-se uma vez que essa pessoa não gostaria que fosse usada a veia safena, para a cirurgia, porque quando foi submetida ao cateterismo cardíaco, puncionaram a região inguinal e ela ficou com dificuldades para caminhar, sentindo muitas dores, apresentando grande hematoma no local, por isso, sentia medo de mexer novamente em sua perna, principalmente para a retirada de vasos:

“Na minha cirurgia usaram a veia do braço, graças a Deus, porque eu estava com muito medo de ficar com a perna roxa e sem caminhar por um tempo . Aconteceu isto quando eu fiz o cateterismo.Eu até pedi ao médico para não mexer na minha perna!”.(Artéria Radial)

Registro que, nos anos 70, do século passado, a artéria radial foi proposta como enxerto na cirurgia de revascularização do miocárdio, mas, posteriormente, essa técnica vem sendo praticamente abandonada, devido aos seus resultados de alto índice de oclusão. Nesse caso encontrado, certamente, a artéria foi usada de forma criteriosa com vaso de pequeno comprimento e com circulação colateral satisfatória, pois a equipe cirúrgica não utilizaria um recurso que, a curto ou médio prazo, pudesse comprometer a recuperação e a saúde do seu cliente.

O relato de parestesia em região torácica foi encontrado com muita frequência entre os sujeitos deste estudo, sendo justificado pelo fato de que, durante o procedimento cirúrgico, pode ter havido alguma lesão sensitiva do nervo ulnar, em caráter temporário ou definitivo (SMELTZER e BARE, 1994). Nesse estudo, a diminuição da sensibilidade, gradativamente, tendeu a desaparecer, conforme os relatos dos sujeitos.

“Em relação ao corte no peito até hoje eu ainda sinto dormência quando eu passo a mão, mas isto não me incomoda muito, nunca me incomodou já esta bem melhor” (Safena)

“No lugar da marca da cirurgia coçava e em cima do peito ficou dormente acho que já esta melhorando” (Artéria Circunflexa)

Infelizmente, nem todas as pessoas entrevistadas disseram ter ficado completamente curadas das precordialgias e dos desconfortos respiratórios, os quais são possíveis sintomas de comprometimento cardíaco. Um dos entrevistados relatou que apresentava dores no peito quando realiza atividades físicas, e um outro sinalizou alterações no padrão respiratório, ao

fazer esforço. Por tais motivos, essas pessoas, tenderam a ficar inseguras, não querendo sair nem ficar sozinhas, cobrando sempre a presença de familiares.

Nesses exemplos houve o relato de ter sido postergada uma avaliação com o cardiologista e a omissão em informar aos familiares mais próximos sobre o que sentiam. Com base nesses achados, sobressai a interação dos estímulos focais, contextuais e residuais, surgidos através da dor no peito, da insegurança em relação ao ambiente e do receio de um novo procedimento cirúrgico.

Lembro que, para Roy, os elementos essenciais do seu Modelo de Adaptação são cinco: a pessoa que recebe o cuidado de enfermagem, a meta da enfermagem, a direção das atividades de enfermagem, o conceito de saúde e de ambiente. Nesse sentido, a enfermagem tem o papel de cuidar desses indivíduos, especialmente durante o internamento hospitalar e, para isso deve direcionar suas atividades, promovendo um ambiente terapêutico adequado, realizando avaliações de primeiro e segundo níveis, destacando os diagnósticos de enfermagem, implementando metas e avaliando-as através de uma evolução diária. Além disso, também deverá preocupar-se em orientar os indivíduos e seus familiares no sentido de estabelecerem relações interpessoais eficazes, pois são as pessoas mais próximas que serão referência, no caso em que haja alguma alteração, o que, certamente, poderá interferir no seu processo de adaptação.

“Hoje mesmo depois de muito tempo da cirurgia eu ainda sinto dor no peito. Não era como eu sentia antes da cirurgia, mas ainda sinto. Estou pensando em ir ao médico, mas fico com medo de descobrir alguma coisa ruim. Por isso, evito de andar sozinha, quando faço exercício eu fico cansada e, às vezes, tonta. Não digo nada, pra não preocupar a minha família”. (Artéria diagonal)

“Quando eu subo uma ladeirinha eu fico com dor no peito, mas não digo nada para não deixar o pessoal triste, preocupado”. (Artéria Radial Direita)

“No primeiro dia que eu me senti mal estava na rua. Me ofereceram ajuda e eu disse que não precisava. Cheguei em casa tomei um suco, e fui me deitar. Durante a noite, novamente, me sentir mal, muito mal, mas não queria chamar ninguém, não queria incomodar”.(Artéria Marginal)

Com base nesses depoimentos, temos que 14.2% dos sujeitos correspondeu ao percentual de pessoas que omitiram informações sobre o seu estado de saúde, retardando o encaminhamento para um hospital e, conseqüentemente favorecendo a implementação de um tratamento emergencial. Identifiquei também, que os familiares não tinham a consciência de atendimento imediato visto que, durante a dor no peito não se preocupavam, em proporcionar repouso para esses indivíduos. Nesses casos, considero um poder de enfrentamento individual e familiar ineficientes e, dentro do modo de auto conceito, posso entender que, nesse aspecto, esses sujeitos mantinham-se não adaptados:

“Quando eu cheguei em casa eu briguei com o meu filho e comecei a sentir dores fortes. Minha mulher me colocou no banheiro me deu um banho e me levou para o hospital”. (Artéria marginal)

Os demais, 85.7% disseram que quando sentiam dor ficavam em repouso, solicitavam ajuda de familiares, faziam avaliações médicas periódicas, dieta alimentar, praticavam atividades físicas e afirmaram ter consciência da importância de levar uma vida mais saudável, conforme demonstram os relatos a seguir:

“Quando essa dor me aparece fico em repouso, e graças a Deus ela passa. Eu fico com esta interrogação porque dessa dor?” (Artéria marginal)

“Eu tinha cansaço, queria respirar e não conseguia. Falei para minha filha que me levou para o médico parece que foi só um susto”.(Artéria descendente posterior)

“Engraçado, quando eu ando rápido ou dou uma carreirinha percebo alguma coisa solta na altura do peito eu acho que quem já teve problema no coração tem mais que se cuidar”. (Artéria coronária esquerda)

Ao iniciar a análise da subcategoria atividade e descanso convém lembrar que, toda pessoa, ao ser submetida à cirurgia cardíaca, pela abertura do osso externo, deverá dormir em decúbito dorsal por no mínimo 45 dias. O cumprimento dessa orientação é de grande importância para a recuperação do osso. A adaptação a essa nova condição foi considerada um fator limitante para esses indivíduos. Dessa maneira, muitos deles preferiam passar as noites sentados em cadeira para não correr o risco de lateralizar o corpo e comprometer a cirurgia. Devido a essa restrição da mobilidade física, as queixas de alterações no padrão do sono, foram constantes. Os familiares, mais precisamente, as esposas, exerceram um importante papel, auxiliando-os para manutenção de posições adequadas.

“Dormir de barriga para cima foi o maior trauma. Minha esposa me ajudou bastante porque eu não queria nem dormir para não virar de lado. Durante a noite minha esposa me ajudava colocando a minha perna para cima para baixo”. (Veia Safena Parva)

“A forma de dormir de barriga para cima me incomodou muito. Eu ficava a noite inteira sentada, minhas pernas acabavam inchando ainda mais”.(Artéria Circunflexa)

“Dormir de barriga para cima foi ruim demais tinha medo de virar de lado e comprometer a cirurgia. Amanhecia o dia e eu estava com muito sono”.(Artéria Marginal)

Apenas 01 dos entrevistados referiu não sentir dificuldade para adaptar-se a essa restrição.

“Dormir de barriga para cima, eu me adaptei bem”. (Artéria da Coronária Esquerda)

Destaco a intolerância às atividades é a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas (The American Nursing Diagnosis Association, 2002). Neste estudo, identifiquei que a perda do sono, secundário a restrição física, comprometeu o desempenho desses indivíduos, pois, no dia seguinte, encontravam-se sonolentos e indispostos para desenvolver trabalhos domésticos, fazer caminhadas, leituras, enfim; manter as suas relações sociais.

“Quando acordava no outro dia eu não agüentava fazer quase nada nem mesmo as minhas caminhadas” (Artéria circunflexa)

“Adoro ler, sempre fui um grande leitor, mas nos primeiros dias da cirurgia eu tinha tanto sono, mas tanto sono, acho que era porque não dormia à noite” (Veia Safena Magna)

“Ficar dormindo de barriga para cima foi ruim, no outro dia não tinha vontade de fazer nada em casa” (Artéria Radial)

Analisando a subcategoria função endócrina, cujo achado traduziu-se pela disfunção erétil sabe-se que a neuropatia diabética pode motivar essa disfunção nos homens. Neste estudo, três indivíduos do sexo masculino, que eram portadores de Diabetes Mellitus e insulino dependentes, referiram dificuldades para manter uma vida sexual ativa e com qualidade.

Atualmente, ressalto que já existem alguns recursos medicamentosos e cirúrgicos com o intuito de melhorar este tipo de disfunção. No entanto, alguns cardiopatas não devem usar esses fármacos porque eles não podem associar aos nitratos. Neste estudo, observamos que a cirurgia de revascularização do miocárdio trouxe benefícios para essas pessoas, visto que,

após o esse tratamento cirúrgico os nitratos foram suspensos e, posteriormente, as drogas usadas para disfunção erétil puderam ser introduzidas.

“Sou diabético e por causa da doença tenho dificuldades de manter relações sexuais. Não tenho ereção (Artéria Circunflexa)”.

“Meu médico falou que eu não posso usar um remédio para melhorar a minha vida sexual porque eu uso um remédio para o coração e não podem ser associados” (Artéria Gastroepilóica)

“Depois da cirurgia foi ótimo porque eu pude usar viagra, até injeção no pênis para melhorar a minha vida sexual”.(Artéria Radial)

Quanto à subcategoria função neurológica, que envolveu processos de pensamentos alterados, entre eles a lentidão do raciocínio e esquecimentos, destaco que o comprometimento cerebral localizado ou difuso pode ocorrer durante o período do peri-operatório, tendo maior incidência nas pessoas acima de 50 anos de idade ou com lesões vasculares cerebrais prévias, particularmente, quando o tempo de circulação extra-corpórea é superior a 02 horas. Entre as causas de complicações neurológicas, durante a cirurgia cardíaca, cito a instabilidade pressórica, problemas tromboembólicos, mau posicionamento da cânula aórtica, fluxo não pulsátil das bombas de perfusão, hipoxemia e hiperglicemia (FORTUNA, 1996).

O dano neurológico grave é incomum em cirurgias cardíacas, representando 0.5% a 1% dos casos, sendo o quadro mais comum no pós-operatório dessa cirurgia a confusão mental e o esquecimento. A literatura registra mudanças sutis detectadas por neurologistas ou

por testes neuropsicológicos em até 79% dos casos. As microembolias e a redução da perfusão cerebral durante a circulação extracorpórea podem ser as causas dessas complicações. No entanto, algumas vezes, tais alterações não chegaram a ser percebidas pelos pacientes. Foi, também, identificado que esses indivíduos podem apresentar uma fase inicial de euforia seguida de angústia e depressão, desaparecendo em um período de 30 a 60 dias (KNOBEL, 1998).

Chamou-me atenção os freqüentes relatos de lentidão de raciocínio e de períodos de esquecimento no pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio o que me levou a questionar se não seriam tais seqüelas secundárias ao estresse cirúrgico? Instabilidade pressórica no trans-operatório? Micros infarto cerebrais? Circulação extra corpórea? Ressalto que tais alterações conduziram à insegurança, dependência maior dos familiares e, temporariamente, à inversão da função de papéis:

“Minha filha falou que depois da cirurgia eu fiquei depressivo. Eu acho que era do remédio que eu tomava para dormir. Não percebia a depressão, mas todo mundo falava que eu era muito alegre e agora estou muito triste”.(Artéria aorta)

“Eu acho que o meu raciocínio ficou mais lento. Eu fiquei como se eu estivesse em órbita. Até o meu imposto de renda eu esqueci de fazer. Minha esposa precisava ficar me lembrando das coisas que eram de minha responsabilidade, mas graças a Deus está passando”.(Artéria Descendente Anterior)

“Eu tive pensamentos alterados, ora lembrava das coisas ora eu tinha longos períodos de branco”.(Artéria Circunflexa)

“Minha família disse que me achou mais lento nos primeiros meses da cirurgia” (Veia Safena Magna)

“Sou médico e logo que voltei a trabalhar reduzir o número de consultas porque eu estava esquecendo, freqüentemente, das coisas” (Artéria Aorta)

“No início, logo depois da cirurgia, minha coordenação motora estava lenta. Comecei a dirigir com 45 dias à cirurgia e arranhei o carro por duas vezes, mas foram arranhões leves. Eu estava meio lerdo”. (Artéria Marginal)

Comentando sobre a categoria oxigenação, identifiquei que as complicações mais comuns, estavam associadas ao AVC, insuficiência respiratória, hemorragia digestiva e trombozes. Desses problemas, a trombose tem menor frequência, visto que o uso crônico de anticoagulantes, a deambulação precoce e os exercícios fisioterápicos estimulam a circulação sanguínea diminuindo a sua incidência.

No entanto, independente da patologia que se desenvolve no pós-operatório, a adaptação do indivíduo torna-se limitada, devido à necessidade de um tratamento prolongado, maior tempo de internamento hospitalar, suporte terapêutico de outros profissionais de saúde, promovendo, conseqüentemente, alterações no modo de auto conceito, função de papel, fisiológico e de interdependência.

“Eu ia fazer uma cirurgia de tireóide quando fui fazer os exames para operar descobriram que eu estava com as veias do coração entupidas. Eu fui fazer a cirurgia do coração e acabei... veja o que aconteceu, tive um AVC”. (Artéria Mamária)

“Quando eu soube da seqüela para mim foi uma morte. Eu não queria nem voltar para casa. Quando eu saí do hospital fiquei na casa da minha mãe”. (Artéria Mamária)

“Imagine sem saber somar, nem diminuir, como iria fazer para tocar os meus negócios. Eu estava me sentindo um Zé ninguém. Trabalho com loja como ia fazer para tocar o meu negócio?” (Artéria Circunflexa).

“O médico me deu alta, mas quando eu voltei para casa tive uma hemorragia disseram-me que foi uma úlcera que sangrou e tive que continuar internada no hospital por mais alguns dias Eu fiquei muito insegura com isto” (Veia Safena Magna)

“Eu já tinha um problema de respiração e depois da cirurgia isto complicou e por este motivo retardou a minha saída do hospital” (Artéria coronária Esquerda)

“Meu médico falou que tive uma trombose na perna que retirou o vaso. Por isto que sentia tanta dor e demorei de fazer as coisas em casa” (Artéria diagonal)

Segundo Roy, a todo o momento a pessoa está convivendo com estímulos focais, contextuais e residuais frente às situações de vida, sendo que é através das nossas respostas que podemos ser considerados adaptados ou não. Por isso, o enfermeiro deve traçar, direcionar suas metas, fazer diagnósticos e realizar evoluções da pessoa sob seus cuidados, com o objetivo de identificar os fatores limitantes, de modo a promover formas de superação para os problemas.

Lembro que o receptor do cuidado de enfermagem não é, necessariamente, apenas uma pessoa, pode ser, também, uma família, um grupo, uma comunidade e ou uma sociedade.(GEORGE 1993). Assim, em se tratando do indivíduo revascularizado cardíaco, o papel do enfermeiro é de grande importância, pois seus cuidados durante o internamento e as orientações fornecidas, no momento da alta hospitalar, podem contribuir para o enfrentamento individual e ou familiar, cooperando para um processo de adaptação eficiente. No entanto, neste estudo, as orientações pré e pós-operatória do enfermeiro foram consideradas inexpressivas, sobressaindo a atuação da equipe médica e de fisioterapia.

“Antes da cirurgia o meu médico falou para mim sobre o meu tratamento e, eu aproveitei para esclarecer as minhas dúvidas” (Artéria Gastroepiploica)

“Achei muito boa a atuação dos fisioterapeutas eles estavam sempre disponíveis, andavam comigo me davam orientações” (Artéria Gástrica Inferior)

“Todas as pessoas do hospital eram atenciosas, as pessoas da nutrição, a fisioterapia e tinha uma auxiliar de enfermagem que nunca irei esquecer dela” (Veia Safena Parva)

Analisando a subcategoria nutrição e os achados a ela referentes; perda de peso e intolerância a dieta, temos a considerar que as pessoas entrevistadas relataram não ter tido muito controle com o regime alimentar, não praticar, regularmente, atividades físicas, serem muito estressadas e, somente após episódios de desconforto no peito, diagnósticos de dislipidemia, diabetes, hipertensão, infartos do miocárdio e cirurgias cardíacas foi que resolvem mudar de atitude. A perda de peso foi algo muito representativo para estes indivíduos assim como a intolerância à dieta.

Desse modo, alguns fatores estavam associados, a exemplo do estigma das comidas dos hospitais em relação ao sabor e aparência, ambiente inóspito, falta de apetite secundário aos fármacos e atividade física restrita, alterando o metabolismo digestivo e, também, a ansiedade e o estresse, secundários às dificuldades de conviver com as restrições próprias da sua situação de saúde.

Todavia, a perda de peso foi considerada, para essas pessoas, como algo positivo e benéfico ao seu restabelecimento, pois muitos já faziam dieta em casa, sabiam de importância de perder peso e ainda, não havia conseguido êxito para a redução da massa corpórea. As falas a baixo exemplificam o nosso comentário:

“Eu emagreci 20k acho que emagreci lá no hospital. Para mim foi bom porque eu estava muito gorda”.(Artéria Mamária)

“Antes da cirurgia do coração tive um derrame. Naquela época eu pesava 100k e depois da cirurgia do coração eu peso 80k e estou louco para perder mais”.(Artéria Circunflexa)

“Hoje já tenho mais cuidado com a minha dieta. Sou diabético e tenho problemas no coração. Só depois que soube que deixei de comer as deliciosas rabadas, feijoadas. Eu

adorava isto, mas não tive dificuldade para parar de comer, porque agora tinha que cuidar dos meus problemas de saúde”.(Artéria Diagonal)

“Antes eu comia tudo acho que fui vítima da falta de dieta. Hoje não como presunto, farofa e manteiga, minha alimentação é mais saudável”.(Descendente Anterior)

“Eu sempre tive cuidado com a minha dieta desde quando descobri lá no meu trabalho, que eu era hipertenso” (Artéria Marginal)

“No hospital não tinha vontade de comer. Eu não tinha fome no hospital”.(Artéria Marginal)

“Em casa as comidas são bem melhores”.(Artéria Diagonal)

“Eu já fazia, algumas vezes, caminhadas, mas a dieta mesmo eu nunca fiz” (Safena Magna)

“Eu perdi peso durante o tratamento e também depois da cirurgia. Em casa eu fazia dieta, mas no trabalho, não. Dieta lá no meu trabalho era retirar somente o sal, como eu não tinha a pressão alta para mim não resolvia nada. Eu tinha era o colesterol elevado e a comida no trabalho era muito gordurosa” (Safena Parva)

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 34% dos óbitos, sendo 11.6% por doenças cerebrovasculares; 9.8% por doenças isquêmicas do coração; 2.3% por hipertensão arterial e 10.3% por outras causas cardiovasculares. A dislipidemia, a hipertensão, a obesidade, e diabetes mellitus contribuem para aumentar o risco das doenças ateroscleróticas (BATISTA e FRANCESCHINI, 2003)

Neste estudo, pude observar que as pessoas acometidas por patologias cardíacas demonstraram efetiva preocupação com uma qualidade de vida melhor. No entanto, tais preocupações não aconteceram preventivamente.

Destaco que a adaptação do indivíduo revascularizado cardíaco não depende apenas do poder de enfrentamento individual eficaz. A família e, também, as instituições onde eles trabalham têm um papel importante no apoio a essas pessoas. Em casa deve haver o

comprometimento de todos com o intuito de modificar os padrões alimentares, assim como nas empresas que devem procurar desenvolver programas, onde possam realizar triagens, objetivando identificar as limitações de cada trabalhador. Quando internado ou com o paciente ambulatorial, as orientações claras e objetivas da equipe multi profissional são de grande valia para a adaptação familiar e profissional dessas pessoas, especialmente, após o tratamento cirúrgico.

CATEGORIA2 - O processo de adaptação familiar e laboral e o modo de autoconceito

O Quadro 3 reúne os dados da categoria modo de autoconceito e suas respectivas subcategorias com os achados do estudo.

Quadro 3- O processo de adaptação e o modo de autoconceito. Salvador, 2004.

MODO DE AUTOCONCEITO	
SUB CATEGORIAS	ACHADOS DO ESTUDO
Sentimentos	Ansiedade Angustia espiritual/potencial para suicídio Depressão Tristeza Insegurança Impotência Irritabilidade/ inquietação Medo/medo da morte

Fontes: dados do estudo.

O quadro acima apresenta a categoria autoconceito e a subcategoria sentimentos. O autoconceito, segundo Contreras apud BUCK (1984), é a composição de crenças e sentimentos que uma pessoa tem sobre si mesma a partir das suas percepções e da percepção das outras pessoas sobre o seu comportamento.

Procedendo a análise da subcategoria sentimentos, temos que sobre a ansiedade relatada pelos sujeitos do estudo, a North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA, 2002) descreve o conceito de ansiedade como alguma coisa incômoda, sentimento ou temor, acompanhado por uma resposta autônoma e um sentimento de apreensão, causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Para os indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, o estímulo focal pode ser desencadeado pelos sintomas referentes à própria doença e, nos casos de indivíduos assintomáticos, a notícia da necessidade do procedimento cirúrgico também pode ser considerado como um estímulo focal. Os estímulos contextuais e principalmente os residuais exercem um importante papel na adaptação dessas pessoas, podendo ou não ser decisivos na redução da ansiedade.

Nesta pesquisa, 64.2% dos entrevistados disseram que no momento que souberam da necessidade da cirurgia teve receio, medo, insegurança, sensação de que estavam chegando ao fim. Assim, o *feedback* ou a resposta comportamental foi traduzida por sinais de irritabilidade, susto, angústia, aumento da frequência respiratória, cardíaca, da pressão arterial, distúrbio do sono, preocupação, medo das conseqüências, confusão e concentração prejudicada.

Ressalto que, apesar do impacto da notícia da cirurgia, um diálogo franco e esclarecedor com o médico clínico e posteriormente com o cirurgião cardíaco foram decisivos para que esses sujeitos sentissem-se mais tranqüilos, concordando com a terapia sugerida. Os seguintes depoimentos ilustram o exposto acima:

“Quando eu soube da cirurgia eu fiquei desajustado perdido confuso. Foi um grande impacto para mim. Eu pedia toda a hora: meu Deus tomara que eu não precise fazer esta cirurgia”.(Radial direita)

“Para mim, fazer a cirurgia cardíaca era péssimo eu fiquei sem saber o que fazer. Eu tive medo. Após conversa com o meu médico passou mais o meu medo”. (Mamária esquerda)

“Quando eu soube da cirurgia eu senti medo, angustia, ansiedade não sei bem explicar o que senti. Eu já tinha feito tantas outras cirurgias não do coração, é claro, mas só em pensar em nova cirurgia”.(Mamária direita)

“Quando eu soube da cirurgia eu senti um impacto. Tive medo de morrer, porque há pouco tempo tinha perdido um parente que tinha feito uma cirurgia igual a essa”.(Artéria Gastroepilóica)

“Eu tive medo de desaparecer do mapa, porque a gente sabe que existe muita falha médica e fatalidades acontecem”.(Artéria gástrica inferior)

“Eu senti a dor no peito, fui para o hospital e logo soube que iria fazer a cirurgia. Daí eu pensei quem cuidará da minha família se eu não resistir à cirurgia? Será que vou poder trabalhar? Quanto tempo depois vão me liberar para o trabalho? Várias perguntas surgiram na minha cabeça algumas sem respostas”.(Veia Safena Magna)

“Eu não sabia do meu problema, eu fui fazer uma avaliação periódica, que fazia de dois em dois anos, e foi visto que eu estava todo entupido. Eu não acreditei nos resultados porque eu não sentia nada daí eu pensei isto é o fim para mim”.(Artéria Aorta)

É conveniente comentar que 35.8%, correspondente aos demais entrevistados e baseando-se no seu quadro clínico, que já tendo sido submetidos a outras terapias de reperfusão, sem êxito, estavam convencidos da real importância e necessidade da cirurgia como última opção de tratamento para melhoria da sua saúde e qualidade de vida. Para essas pessoas, após a notícia de que teriam de fazer a cirurgia, a maior preocupação foi o retorno ao trabalho.

“Eu já sentia dores fortes no peito há 14 anos. O médico que eu tinha antes disse que eu poderia ficar bom tomando remédio. Como não resolveu, eu fiz uma angioplastia e, mesmo assim, voltei a ter dores. Eu queria me livrar logo disso e o único jeito foi a cirurgia. Eu não estava podendo nem mais fazer caminhadas”. (Artéria circunflexa)

“Eu subia uma pequena ladeirinha e sentia mal, ficava cansada, ofegante, mas não contava para ninguém. Quando resolvi fazer os exames falei com a minha família, peguei o resultado e levei para o meu médico. Quando soube da cirurgia eu estava rodeada de filhos e amigos e não senti muita a notícia queria ficar boa daquilo, não desanimei eu queria ficar logo boa”.(Veia Safena Parva)

“Quando eu soube da cirurgia eu logo perguntei quantos dias eu ia ficar afastado do trabalho Eu tenho filhos pequenos para criar sou aposentado, ganho pouco e tenho um emprego particular não podia ficar muito tempo afastado”.(Artéria circunflexa)

Relatos de angústia espiritual e provável potencial para suicídio estiveram presentes nos casos em que a cirurgia cardíaca apresentou algum tipo de complicação, por exemplo: acidente vascular cerebral, comprometimento do padrão respiratório, distúrbio de coagulação e trombose.

Conforme já comentado, apesar da existência de avançadas técnicas de reperfusão do miocárdio, a cirurgia cardíaca continua sendo indicada para tratar os casos mais graves de obstrução coronariana, que não respondem à outras terapias. As pessoas submetidas a esse tratamento, freqüentemente, são portadoras de outras patologias associadas e têm idade avançada, o que contribui para aumentar o risco de complicações. Infelizmente, alguns desses problemas são imprevisíveis, apesar de serem tomadas as precauções possíveis para evita-los.

Observei que o processo de adaptação familiar e laboral das pessoas que tiveram complicações no trans ou pós-operatório, pode ser considerado ineficiente, apesar do apoio de familiares, profissionais de saúde e da terapia medicamentosa. No caso do indivíduo que apresentou seqüela de AVC, a angustia espiritual e possibilidade para o suicídio persistiu até quando foi percebida melhora do seu estado de saúde. A ansiedade foi um outro sentimento de grande relevância para essa pessoa.

“Eu acho que após a cirurgia eu estou tendo um processo de recuperação muito lento. Este tempo poderia ser mais rápido. Mas tudo foi por causa da complicação do AVC. Meu modo de ser era muito dinâmico e hoje estou mais lenta”.(Artéria Mamária)

“Eu queria que a fonoaudióloga tirasse os defeitos que eu fiquei após ter feito a cirurgia e ter complicado com o derrame”.(Artéria Mamária)

“Minha maior preocupação e angústia foi depois da cirurgia, quando tive uma hemorragia grande e trombose na perna que retirou a safena. Imagine tratar o coração e morrer de outra causa”.(Veia Safena Parva)

“Depois da cirurgia do coração eu tive um derrame. Eu fiquei muito chateada. Depois que percebi que não ia levar a nada ficar assim e comecei a lutar. Eu não ia fazer nenhuma besteira comigo mas, no início, a minha vontade foi mesmo de fazer alguma coisa em mim.” (Artéria Mamária)

“Por mais que o meu marido e meus filhos fizessem tudo para mim eu não deveria ter voltado da cirurgia”.(Artéria Mamária)

“Eu fiquei com medo de retornar ao trabalho depois da cirurgia, principalmente depois das complicações da cirurgia”.(Artéria circunflexa)

Connerney e cols (2000), da University of Maryland Medical Center e Columbia University College of Physicians and Surgeons de New York, estudaram 309 pacientes pós revascularização do miocárdio em relação à depressão antes da alta hospitalar e acompanharam-nos por um ano. Observaram nesse estudo, que 28.3% dos pacientes depressivos ao serem comparados com 10.2% dos pacientes não depressivos apresentaram um evento cardíaco subsequente, a exemplo de angina, insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio, e que necessitaram de hospitalização. De todas as variáveis analisadas, incluindo sexo, depressão, tipo de cirurgia, função cardíaca, o viver sozinho e a duração da hospitalização, relatou a Dra. Connerney, que a depressão, a baixa função cardíaca e o sexo feminino estiveram associados igualmente aos riscos de eventos cardíacos.

Nesse sentido, existem evidências de que a depressão exerce seus efeitos por meios de mecanismos comportamentais como um estilo de vida não saudável, o uso do fumo e ausência de exercícios conduzindo a efeitos fisiopatológicos diretos, através da hipercortisolemia, aumento da reatividade plaquetária, redução da variabilidade da frequência cardíaca. Essas alterações explicariam o potencial arritmogênico da depressão, podendo elucidar o aumento da mortalidade por causas cardiovasculares (BEZERRA e cols, 2003).

Assim, a depressão, a tristeza a insegurança e a sensação de impotência foram sentimentos que mais sobressaíram-se nos relatos dos sujeitos.

Ressalto que pacientes que se submetem a revascularização do miocárdio e que têm diagnóstico de depressão, ao receber alta do hospital têm mais probabilidade de apresentarem novos eventos cardíacos durante o ano seguinte do que aqueles que não apresentavam depressão (CONNERMEY. M e cols, 2000).

Durante as entrevistas, mesmo quando o entrevistado não relatava ter apresentado um dos sentimentos acima referidos, os familiares, que por ventura estavam presentes, informavam ter percebido tais alterações. Dados da literatura, também, citam, alto percentual, desses eventos, principalmente, o de depressão e tristeza em pós-operatórios, de um modo geral. Nos casos em que as pessoas já eram portadoras de depressão, esse quadro foi aprofundado. Para um dos sujeitos, o estado depressivo comprometeu o seu retorno ao labor, visto que necessitava do acompanhamento da esposa até o ponto de ônibus, onde pegava o transporte da empresa. Sentia-se inseguro em desenvolver atividades no trabalho, achando-se incapacitado; enfim, tinha muito medo de perder o emprego. Em casa, estava atento para qualquer sintomatologia no tórax, pois imaginava que, a qualquer momento, poderia ser vitimado por um novo ataque do coração.

Nesses casos, o uso de medicamentos, a atividade física, a presença e o apoio dos familiares foram decisivos para a melhoria do autoconceito e auto-estima. Evidenciamos, também, relatos de pacientes que preferiram não retornar para suas próprias casas indo para a residência de seus genitores, por sentirem-se mais seguros.

Nesse sentido, é importante que as pessoas que cercam esses indivíduos possam estar atentas para possíveis sinais e sintomas de depressão, tristeza e insegurança, objetivando encaminhá-los para avaliações com profissionais de saúde e, também, transmitir

confiabilidade e responsabilidades para elas, a fim de que, o mais breve possível, possam retomar as suas funções. As falas abaixo exemplificam e reforçam tais comentários:

“Eu tive medo de retornar para a minha casa e preferir ficar um tempo na casa de minha mãe”.(Artéria Mamária)

“Eu fiquei numa tristeza danada depois da cirurgia. Por isso que a cama fica assim toda desarrumada eu só me refugio nela”.(Artéria circunflexa)

“Sempre tive depressão e depois da cirurgia ela acentuou”.(Artéria Radial)

“Não sou mais aquela pessoa que eu era. Não me sinto mais tão segura assim. Não gosto de andar nem mesmo sozinha”.(Veia Safena magna)

“Eu sempre gostei de fazer as coisas em casa, mas a minha família não me deixava acabei me acomodando e ficando cada vez mais dependente” (Artéria radial).

“Depois da cirurgia me sinto mais fragilizado. Não troco mais nem uma lâmpada sozinho até porque a minha família não deixa.” (Artéria Descendente Anterior)

“Minha família não permitia que eu fizesse nada, nem mesmo temperar um macarrão isto para mim foi ruim porque eu me sentia mais triste e dependente”.(Artéria Descendente Posterior)

Ressalto que a Irritabilidade e a inquietação foram relatos menos frequentes nesta pesquisa. No entanto, estiveram associados àquelas pessoas que já possuíam histórias de ser potencialmente competitivas, impacientes, perfeccionistas e excessivamente responsáveis. Enfim, pessoas que possuíam características da personalidade Tipo A (Fridmanm apud CORTE, 1998).

É importante citar que os sujeitos que apresentaram comportamentos compatíveis com essa personalidade relataram não estarem satisfeitos com esse comportamento e estavam trabalhando no intuito de se tornarem mais amenos, tranquilos, uma vez que tinham

consciência de que se não mudassem o estilo de vida, as possibilidades de novos eventos cardíacos seriam maiores.

“Eu me irrita com pouca coisa, sou muito esquentado, minhas coisas só eu faço. Quero fazer tudo sempre sozinho. Sou muito preocupado com tudo e todos”.(Artéria marginal)

“Eu acho que eu mudei depois da cirurgia. Sempre fui um cara muito preocupado com as coisas tinha algumas coisas que eu ficava remoendo as coisas a vida toda e achava que o problema iria existir para sempre: hoje, quando um problema não dar certo dou um tempo. Isto não quer dizer que eu fiquei irresponsável e sim que estou mais amadurecido.”(Artéria circunflexa)

“Hoje tenho sido menos excessivo. Sempre me excedia no trabalho, entrava de manhã e só saía 22h ou 23h, hoje estou mais ameno”.(Veia safena Parva)

“Eu gosto de participar de todos os problemas da minha família sempre fui uma pessoa muito ligada a tudo. Eu sempre fui um para raio. Os problemas de todos os filhos, netos. Eu mesma é que quero está participando, dando palpite sobre tentar ajudar. E um filho no trabalho é um neto na escola eu sou assim mesmo quero saber de tudo”.(Artéria gastroepilóica)

“Eu sempre me considerei” pavio curto “, mas depois da cirurgia, passei a me preocupar em mudar de comportamento” (Artéria Gástrica inferior)

“Quem diria, antes eu era dente por dente olho por olho e agora depois do que eu passei, estou engolindo sapo, deixando as coisas para lá. Eu quero é viver mais tranqüilo”.(Veia Safena Magna)

Referindo-me ao padrão diagnóstico medo, sentimento também encontrado neste estudo, este, é considerado como uma resposta à ameaça percebida, que é conscientemente reconhecida como um perigo (North American Nursing Diagnosis Association,2002). No entanto, para essas pessoas o medo não esteve associado, necessariamente, ao procedimento cirúrgico.

Tal sentimento esteve relacionado a uma resposta a situação de perda da saúde, às limitações ou alteração na sua função de papel; ao internamento na Unidade de Terapia Intensiva, à realização de procedimentos dolorosos, ao afastamento dos seus familiares e à morte súbita, caso a cirurgia não fosse realizada.

Para superar essas dificuldades as pessoas buscaram informação sobre a cirurgia e a competência dos profissionais, principalmente daqueles que iriam lhe operar, procurando, também, ouvir relatos de outras pessoas que já haviam sido submetidas ao mesmo procedimento; além de apegarem à religiosidade. Buscaram apoio de familiares e amigos, enfim, confiaram nos resultados positivos do tratamento. Esses recursos podem significar que essas pessoas sentiram forte impacto ao saber da cirurgia, mas, exceto nos casos onde houve complicações cirúrgicas, buscaram meios para uma adaptação familiar e profissional, a qual vem ocorrendo gradativamente e podendo ser considerado eficiente.

“Quando eu soube da cirurgia eu recebi apoio de todo o mundo minha família meus amigos”.(Artéria radial Esquerda)

“Minha família me apoiou muito desde que soube da minha cirurgia”.(Artéria Coronária Direita)

“Eu tive todo o apoio depois da minha cirurgia. A minha irmã veio aqui para a minha casa, eu também tive uma empregada muito boa para mim. Todos me deram todo apoio, meus filhos me diziam para eu não pegar peso, não fazer isto ou aquilo, mas a gente esquece e quando lembra já fez e depois se arrepende”.(Artéria Circunflexa)

“Meu médico é uma pessoa muito amiga e, quando eu soube da cirurgia eu resistir em fazer mas, ele, que é muito meu amigo, falou que eu teria duas opções: ou você faria a cirurgia com grandes chances de ficar curado ou correria o risco de ter um infarto fulminante. Aí, eu optei pela primeira, optei pela vida.”(Veia Safena magna)

“Quando eu soube da cirurgia, fiquei preocupado com o retorno ao meu trabalho afinal, eu tenho seis filhos para criar e também eu procurei logo saber da competência do médico que iria fazer a tal negócio”.(Artéria Aorta)

“Meu médico, que me atendeu no consultório e me deu a notícia da cirurgia disse que iria me indicar alguém muito competente para me operar e eu confiei”.(Artéria Descendente posterior)

“Na hora que eu soube da cirurgia, perguntei: doutor se o senhor fosse fazer essa cirurgia com quem o senhor faria? Ele me respondeu e mesmo assim eu ainda fui fazer minhas pesquisas é claro!” (Artéria Mamária)

“Tenho um amigo que já fez esta cirurgia e disse que deu tudo certo porque que a minha não daria?” (Artéria circunflexa)

“Sempre fui muito religiosa e a fé que eu tenho em Deus me deu muita força para superar o medo” (Artéria mamária)

“Eu sou espírita, toda quarta-feira eu me reúno no centro e fui me agarrando a Deus. Quando cheguei no hospital e soube que iria precisar fazer uma cirurgia eu procurei ser forte e ter fé!” (Artéria Radial Esquerda)

“O que me ajudou bastante a superar o choque da notícia foi o fato da minha esposa ser católica praticante e ter me estimulado a rezar, coisa que eu não fazia antes. Hoje me considero religioso. O apoio da minha família e dos meus colegas de trabalho me ajudaram muito”.(Artéria Radial Direita)

“Quando eu soube da cirurgia eu fiquei receosa, amedrontada mas tinha mesmo que fazer o tratamento não tinha outro jeito. O que me deixou muito tranqüila foi saber que eu estava entregue a um médico de muita competência de muita recomendação. Isto me deu coragem.” (Artéria Aorta)

“Eu já tinha feito uma angioplastia antes e, infelizmente, não deu certo. Eu queria mesmo era ficar boa. Eu ainda sou muito nova e tenho muito que viver”.(Veia Safena Parva)

“Eu juro que tive medo de morrer na cirurgia” (Artéria aorta)

O internamento na Unidade de Terapia Intensiva também foi considerado algo ameaçador e limitante para a adaptação de alguns dos entrevistados devido à presença de estímulos contextuais e residuais associados a esse local como é possível perceber nos destaques abaixo:

“A cirurgia em si não é o problema porque agente está dormindo o problema mesmo é a UTI”.(Artéria Circunflexa)

“Depois da cirurgia, antes de sair da UTI tive uma complicação respiratória e retardou a minha saída de lá. Ali na UTI não é lugar de gente ficar. Tive um conhecido que morreu quando estive internado numa Unidade de Terapia Intensiva, eu morria de medo”.(Artéria Radial)

“Quando eu tive um derrame eu fiquei na UTI e vinham tirar o meu sangue era uma dor danada. Eu pensava que na cirurgia do coração também ia ser a mesma forma, mas, graças a Deus não foi; eu tinha um tubinho e por lá que tiravam o meu sangue eu não sentia dor nenhuma”.(Artéria Marginal)

“Eu tenho péssima imagem de UTI e era para lá que eu ia. Isto me deixava mais preocupado que a cirurgia, porque na cirurgia, eu sabia que estava em boas mãos e na UTI eu já perdi um amigo”.(Artéria Coronária Esquerda)

Eu imaginava ficar sem meus familiares na UTI, mas, realmente não dava para as pessoas ficarem entrando e saindo toda à hora.(Veia Safena Magna)

Sobre a UTI, registro que, a partir da década de 90, houve um grande crescimento da abordagem terapêutica de pacientes graves o que recebeu diferentes nomes como “Cuidados ao Paciente Crítico” e “Tratamento Intensivo”. No entanto, essas unidades de tratamento intensivo têm por objetivo a reversão de uma doença não terminal, prevenção da morte quando ela não é inevitável, assim como a restauração dos pacientes para o seu estado de saúde, considerando os aspectos biofísicos e psicológicos, buscando melhorar a sua “qualidade de vida” (KNOBEL, 1998).

Porém, observei que, para alguns sujeitos do estudo, ficar internado na UTI significou, além do afastamento dos familiares, procedimentos dolorosos, falta de privacidade, dependência de da equipe de saúde e medo da morte.

Percebi que se faz necessário uma orientação pré-operatória ao paciente e ao seu familiar, especialmente por parte da enfermagem, objetivando maiores esclarecimentos em relação ao pós-operatório e, principalmente, sobre o internamento na Unidade de Terapia Intensiva. Assim, afirmo que a relação efetivada entre o enfermeiro, cliente e família deve ser terapêutica, denotando o seu profissionalismo, pois caso essa interação não se faça através de uma relação terapêutica o significado dos cuidados de enfermagem se torna vazio. (TAVARES, 1997).

Destaco que existem instituições hospitalares onde o profissional de enfermagem tem o compromisso de realizar a visita pré-operatória para os pacientes que irão ser submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, incluindo informações em relação à utilização de sondas, contenção dos membros superiores, uso da ventilação mecânica, horário de visitas e outras informações específicas sobre a UTI. Com essa abordagem, o medo e muitas dúvidas dessas pessoas, certamente, serão esclarecidos.

Para Roy, a enfermagem é uma profissão científica com um corpo de conhecimento próprio, orientado para servir a comunidade como um todo. Então, porque não se mostrar mais participativa no apoio pré-operatório desses indivíduos, orientando-os quanto aos seus limites e formas de enfrentamento?

CATEGORIA 3 – Adaptação familiar e laboral e o modo de função de papel

O quadro a baixo demonstra a categoria modo função de papel, subcategorias e os achados do estudo.

Quadro 4 – O processo de adaptação e o modo de função de papel

MODO DE FUNÇÃO DE PAPEL	
SUB CATEGORIA	ACHADOS DO ESTUDO
Relações na família e trabalho	Síndrome da transposição de papéis/ Alteração real na paternidade Comunicação verbal prejudicada
Formas de enfrentamento	Enfrentamento individual eficiente Enfrentamento familiar ineficiente Enfrentamento familiar comprometido Enfrentamento individual ineficaz Enfrentamento familiar potencial para crescimento

Dados: Fontes do estudo

O modo de função de papel é definido, segundo Vieira (1986), como a execução de deveres baseada em posições dentro da sociedade. A maneira como as pessoas executam esses deveres é constantemente sensível aos estímulos externos.

A alteração potencial na paternidade foi um achado pouco freqüente neste estudo visto que, a maioria dos entrevistados era aposentada, tinham seus filhos criados e a preocupação com a perda dessa função representou apenas 21.4% . No entanto, aqueles inclusos nesse percentual eram de fato responsáveis pelo sustento de suas famílias e, por isso relataram muita preocupação em retornar o mais precocemente possível, as suas atividades laborais.

Segundo Nolasco (1993), existem vários aspectos que estão associados à paternidade dentre eles podemos citar: o pai como um protetor e a família como foco de sua preocupação. A idéia de proteção é sustentada por duas vertentes uma material e outra moral. A exigência de proteção material é solucionada com a aquisição de patrimônio e segurança financeira pelo trabalho que, somada a exigências morais, funcionaram como base para a realização de um desejo importante na caracterização da subjetividade dos homens: a constituição de uma família. Em um caso específico, onde o entrevistado era autônomo, houve uma expressiva manifestação de preocupação com ela, e um efetivo desequilíbrio econômico, que exigiu ajuda financeira de pessoas amigas e dos próprios familiares, repercutindo, significativamente, na alteração real de paternidade.

“Depois da minha cirurgia eu tive uma complicação e não pude voltar logo para o trabalho. Não tenho carteira assinada, minha esposa não trabalha, por isto tive sérios problemas para manter minha família. Precisei de ajuda de um irmão e um colega de trabalho, O que me deixou muito constrangido, mas agora, já paguei tudo que devia”.(Artéria Aorta)

“Quando soube da cirurgia queria logo saber quando estava liberado para trabalhar tenho filhos pequenos e mesmo os que já são adultos eu os ajudo”.(Veia Safena Parva)

“Conversando com um colega ele me falou que depois da minha cirurgia ele começou a pensar se o que aconteceu comigo tivesse acontecido com ele? Se ele ficasse sem emprego? Isto também me fez pensar muito?” (Artéria Gastroepiplóica)

Conforme já comentado, o processo de adaptação familiar e profissional dos indivíduos revascularizados cardíacos esteve diretamente relacionado às complicações do pós-operatórias. Quando tais complicações não aconteceram, o indivíduo tende a ter, imediatamente, além dos benefícios do tratamento, uma modificação na qualidade de vida, passando a praticar atividades físicas, controlar rigorosamente a dieta, aderir a terapia

medicamentosa a fazer avaliações médicas periódicas, e também, tornaram-se menos exigentes consigo mesmos, demonstrando um eficiente processo adaptativo.

No entanto, nas pessoas que foram acometidas por complicações identifiquei em uma delas a associação da comunicação verbal prejudicada, motivando preocupação em relação ao seu retorno as atividades laborais. Este comprometimento foi secundário ao Acidente Vascular Cerebral.

“Eu ia me operar da tireóide quando fiz o pré-operatório descobriram que eu estava com as veias do coração entupidas e, quando fui fazer a cirurgia do coração acabei tendo um AVC. Imagine”.(Artéria Mamária)

“Hoje eu tenho mais cuidado com a minha vida. Não sei se terei uma segunda chance. Preciso voltar a trabalhar e estou fazendo tratamento com uma fonoaudióloga, eu tive um AVC depois da cirurgia e não estou falando direito”.(Artéria Mamária)

Apesar de compreender que, na maioria das vezes, as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca desenvolvem enfrentamentos individuais satisfatório ou eficientes, o mesmo não se pode observar com alguns dos familiares, justificado pelo fato de que o adoecer interfere no equilíbrio familiar, motivando a redistribuição de papéis, a reorganização emocional, a quebra de rotinas envolvendo aspectos econômicos e financeiros (ROMANO 1997).

Nesse contexto, surgem sentimentos de insegurança, culpa e superproteção. Observei que, o tratamento dispensado pelos familiares aos indivíduos revascularizados cardíacos, deixavam-nos limitados, impotentes e dependentes, podendo repercutir em alguns dos modos de adaptação citados por Roy tais como: autoconceito função de papel e interdependência. Nesses casos, considerei o enfrentamento familiar ineficaz e comprometido. Este relato pode ser evidenciado nas falas abaixo:

Precisava fazer esta cirurgia, e tinha certeza que iria dar certo, pois Deus é grande e é bondoso comigo (Artéria Gastroepiplóica)

“Após a cirurgia os meus familiares me superprotegiam e eu dizia larguem disso, não precisa disso, eu não acho isto bom”.(Artéria Radial Direita)

“Depois da cirurgia os meus familiares não queriam que eu saísse sozinho de jeito nenhum, sempre tinha que ter alguém para me levar e me buscar. Isto para mim foi uma droga, porque me sentia muito dependente. Eu nunca fui assim. Se eu estivesse sentindo alguma coisa tudo bem, mas estou ótima acho que isto tudo é exagero”.(Veia Safena Magna)

“Eu não gosto de excessos. Eles nunca foram assim parece até que estavam me agorando”.(Artéria Gastroepiplóica)

“Eu não tive dificuldade nenhuma depois da cirurgia, mas meus filhos não deixavam eu preparar nem mesmo um macarrão. Isto era coisa tão simples! Meu médico disse que eu podia fazer”.(Artéria Gástrica Inferior)

“Eu estava até gostando de ser paparicada pelos meus familiares, senti falta quando eles começaram a ficar mais ausentes, mas foi até bom porque eles tem as suas próprias vidas, não podiam ficar todo o tempo comigo e eu precisava me sentir mais eu.”(Artéria diagonal Anterior)

Segundo Leopardi (1999), o cliente para Roy é um ser biopsicosocial em constante interação com o meio em mudança e, para isto, ele busca mecanismos adaptativos que podem ser inatos e adquiridos, os quais fazem parte os subsistemas cognitor e o regulador.

Neste estudo, não identifiquei enfrentamento individual ineficiente antes da cirurgia. Ressalto apenas que o medo, a ansiedade, a dúvida, dentre outros sentimentos estiveram presentes e foram superados graças ao apoio desses familiares, religioso e da equipe de saúde a associação dos estímulos residuais e contextuais.

“E claro que tive medo quando eu soube da cirurgia, mas acho que antes da cirurgia eu recebi um milagre. Eu fui operado antes mesmo de ir para o centro cirúrgico. Eu não sou católico praticante, não frequento igrejas, acredito em Deus e recebi um milagre”.(Artéria Diagonal Anterior)

“Sempre confiei no meu médico e quando soube que iria fazer a cirurgia do coração entreguei minha vida primeiro para Deus e segundo nas mãos do cirurgião que o meu médico me indicou” (Veia Safena Magna)

“Eu tive um amigo que também já tinha feito esta mesma cirurgia e me deixou tranqüilo, pois não sentiu dores e a cirurgia foi um sucesso. Isto me encorajou muito” (Artéria Aorta)

Independente de ter ou não uma religião definida, a confiança no ser supremo, ou seja, a fé em Deus; possibilitou que estes indivíduos sentissem fortalecidos e confiantes no sucesso do procedimento.

Tanto os relatos de experiências positivas vivenciadas com pessoas próximas, quanto um saudável relacionamento interpessoal entre o médico assistentes e paciente/cliente, são de suma importância para promover um enfrentamento individual eficiente. Ressalto que é indispensável à confiança do paciente, em seu médico clínico e na equipe que irá operá-lo.

CATEGORIA 4 – Adaptação familiar e laboral e o modo de Interdependência

Quadro a seguir apresenta o modo de interdependência, subcategorias e os achados do estudo.

Quadro 5- O processo de adaptação e o modo de interdependência

MODO DA INTERDEPENDÊNCIA	
SUB CATEGORIAS	ACHADOS DO ESTUDO
Interação social	Isolamento nas relações familiares Isolamento nas relações de trabalho
Potencial para violência	Síndrome da transposição Potencial para suicídio

Dados: Fontes do estudo

As relações de interdependência incluem os relacionamentos com as pessoas próximas a nós, no lar, no trabalho e no lazer. Envolve disposição e habilidade para amar, respeitar, ajudar e valorizar os outros, aceitar e responder ao amor, corresponder ao respeito e ao valor dado pelos outros (Tedrow apud CONTRERAS 1984).

Com base nessa definição, pude observar que em apenas dois casos, ou seja, 14.2% o *output* foi considerado inefetivo, pois esses indivíduos nunca tiveram muito contato com os familiares, apesar de morarem, geograficamente, perto uns dos outros. Após 03 meses da cirurgia um deles separou-se da sua companheira e, por isso, encontrava-se solitário, sentido-se carente, saudoso, melancólico.

Desse modo, identifiquei um elevado grau de ansiedade para retornar às atividades laborais, visto que, no trabalho, o seu vínculo social aumentava e, certamente, iria sentir-se acolhido e melhor. Em apenas um caso o entrevistado relatou sentir-se isolado no ambiente de trabalho e associava esse isolamento ao seu comportamento introspectivo e anti-social.

“Eu não tenho muito contato com a minha família apesar de ter uma irmã que mora aqui pertinho. Não posso sentir falta dela porque a gente não pode sentir falta daquilo que a gente nunca teve, mas da minha companheira eu sinto muita falta. Ela me ajudou muito principalmente depois da cirurgia”.(Artéria Circunflexa)

“Eu moro apenas com o meu filho, minha ex-mulher nunca se preocupou em saber se estou melhor da cirurgia só me procura quando está precisando de algo”.(Artéria Mamária Esquerda)

“Após a cirurgia eu só queria ficar deitada pouco me relacionava com os meus familiares” (Artéria coronária direita)

“Minha família não é muito grande só sou eu um filho e um irmão minha ex-mulher eu nem posso contar por isto, evito dar muito trabalho para eles prefiro resolver tudo sozinho meu trabalho é meu suporte”.(Artéria Circunflexa)

“Logo que voltei a trabalhar tinha a impressão de que as pessoas estavam me isolando, mas acredito que era pelo fato de estar mais calado talvez depressivo”.(Artéria circunflexa)

Tendo como subcategoria o potencial para auto violência, identificamos potencial suicida oriundo de uma pessoa ativa, que não aceitava a seqüela de AVC secundária a cirurgia do coração. Porém, segundo Knobel (2003), a angústia a ansiedade e a depressão são freqüentes nesses casos, podendo desaparecer após um período de 30 60 dias:

“Logo que voltei da cirurgia e soube da minha seqüela, me perguntava todos os dias porque eu voltei dessa cirurgia? Eu podia ter ficado lá mesmo. Como vou fazer para trabalhar? Não consigo nem contar, nem escrever, preferiam morrer”.(Artéria Mamária)

“Logo depois da cirurgia eu pensei será que eu deveria ter voltado mesmo com esta seqüela? (Artéria mamária)?”.

“Estava muito ansiosa pra ficar boa dessa seqüela, mas acho que está demorando” (Artéria mamária)

Segundo o modo fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência os indivíduos podem ter vários diagnósticos. Entretanto, neste estudo, onde analisei como se processa a adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, suas limitações e poderes de enfrentamento, identifiquei que, na maioria das vezes, o indivíduo encontrava-se adaptando sem muitas dificuldades, desde que o procedimento tenha ocorrido sem complicações.

Resta-me indagar: como se processou essa adaptação? Tal pergunta pode ser respondida com base nas entrevistas onde os sujeitos informaram que, inicialmente, quando souberam da sua doença, e que a única forma de trata-la era cirurgicamente, sempre surgiu

desconforto, insegurança, apreensão, mas com força de vontade, apoio de familiares e amigos, a fé em Deus, a confiabilidade na equipe médica, o desejo de ficar curado, viver mais e melhor os tornou fortes o suficiente para superar tais desafios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar como se processa a adaptação familiar e profissional do indivíduo submetido à cirurgia de Revascularização do Miocárdio e identificar suas limitações e formas de enfrentamento. Dentre as várias teorias que norteiam a assistência de enfermagem, utilizei para a análise dos dados a Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy, compreendendo que, a todo instante, as pessoas estão recebendo estímulos internos e externos que as conduzem ao processo de adaptação e de acordo as suas respostas ou comportamento de saída, esse indivíduo poderá ser considerado adaptado ou não adaptado a uma determinada situação.

Dessa maneira, após a análise, ao contrario do que, inicialmente imaginava, os indivíduos cardiopatas e sintomáticos tiveram respostas diferenciadas daqueles assintomáticos, quando receberam a notícia da cirurgia cardíaca. Isto justifica-se porque, a partir do momento que surgem as precordialgias, desconfortos respiratórios, gástricos e a terapia medicamentosa ou realização da angioplastia não resolvem, a cirurgia cardíaca torna-se inevitável e a aceitação desse tratamento aconteceu de forma mais natural e eficiente. No entanto, em algumas situações, a doença avança de forma silenciosa, e a notícia da necessidade da cirurgia traduz-se no estímulo focal, que desencadeia sentimentos de ansiedade, medo, questionamento em relação à veracidade do diagnóstico, preocupação com a perda de papel social e alterações de auto estima e auto conceito, dificultando o processo de adaptação eficiente..

Em ambos os casos, independente dos outputs, o apoio da família, de pessoas amigas, a confiabilidade na equipe médica, a experiência da equipe cirúrgica, a fé em Deus foram mencionados como fatores de enfrentamento que ajudaram superar a situação de transição entre saúde e doença.

O internamento na Unidade de Terapia Intensiva foi considerado, para os sujeitos do estudo, como algo ameaçador, porque, segundo eles, nessas unidades, as pessoas tendem a ficar expostas a procedimentos dolorosos, invasivos e desconfortáveis, devido à restrição ao leito. No entanto, a maioria dos entrevistados relatou não ter tido muitas recordações do período em que estiveram internados nesta unidade e, aqueles que possuíam alguma lembrança, disseram ter sido muito bem tratados e não apresentaram dor no pós-operatório.

Alguns fatores foram considerados limitantes para os sujeitos do estudo como dormir em decúbito dorsal por no mínimo 45 dias; edema e dores no membro safenectomizado, e, também, no membro onde foi retirada a artéria radial. Houve ainda, relato de parestesia em tórax, alterações cognitivas, comprometendo, temporariamente, suas funções laborais e, dependendo do poder de enfrentamento e do apoio dos familiares sentiram-se impotentes e limitados para exercerem suas atividades.

Em se tratando do processo de adaptação familiar e laboral do indivíduo revascularizado cardíaco, foi evidenciado que essa adaptação vem acontecendo de forma gradativa, e eficiente nos casos em que o tratamento cirúrgico não apresentou complicações. No entanto, quando houve algum problema secundário à cirurgia, essa adaptação tornou-se comprometida, lentificada, com importantes reflexos nos modos fisiológicos, função de papel, interdependência e, principalmente, no modo de auto conceito.

Independente de *feedbacks* adaptativos ou ineficientes ressaltou que, em 100% dos casos; após o procedimento cirúrgico, muita coisa mudou para esses indivíduos, pois procuraram praticar atividades físicas, controlar a dieta, reduzir e ou abandonar o hábito de fumar, fazer uso rigoroso da terapia medicamentosa, estar sempre atentos aos sinais e sintomas de possíveis eventos cardíacos, enfim estavam comprometidos em melhorar a sua qualidade de vida.

Assim, analisar o processo de adaptação desse indivíduo foi, para mim, muito enriquecedor, pois consegui desconstruir mitos e pré-conceitos relacionados à aceitação, limitação e capacidade de enfrentamento dessas pessoas.

Pude, ainda, identificar e associar os estímulos focais, contextuais e residuais que poderiam desencorajar esses indivíduos no processo adaptativo, porém eles se mostraram fortes, seguros e confiantes no sucesso do procedimento, mantendo-se esperançosos quanto a possibilidade de melhores condições de vida e saúde.

7 REFERÊNCIAS

ATRA, M; D' ALESSANDRO, J. Pós operatório em cirurgia cardíaca: alterações do sistema nervoso central e periférico. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 11, n. 5, maio 2001.

BARDIN. L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Ed.70, 1994.

BARRETO, P. R. Tratamento da fase aguda do infarto. Um século de história. **Revista Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 74, n. 6, set. 2001.

BATISTA, M. C. R; FRANCESCHINI, S. C. C. Impacto da atenção nutricional na redução dos níveis de colesterol sérico de pacientes atendidos em serviços públicos de saúde. **Revista Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 80, n. 2, p. 162-66, fev. 2003.

BEZERRA, LINS e cols. Depressão em pacientes hospitalizados com infarto do miocárdio. **Revista de Enfermagem no Brasil**, v. 2, n. 4, jul. 2003.

BLACHER, C; RIBEIRO, J. P. Cirurgia de revascularização miocárdica sem circulação extracorpórea: uma técnica em busca de evidências. **Revista Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 80, n. 6, p. 656-61, jun. 2003.

BRASIL, 1996. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina.

BONFIN, M.F. **Transplantados Renais: Desafios e enfrentamentos** 1996, 135p. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia 1996.

BUCK, M. N. Self – concept. Theory and development. In: Roy, C. **Introduction to nursing: an adaptation model**. 2. Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984. p. 255-83.

CAMPOS, E. M. **Gestão humanizada em UTIs** Monografia, 2003. 57f. (Especialização MBA Executivo em Saúde – Gestão Hospitalar) – Universidade Castelo Branco e Atualiza, Salvador.

CONNERMEY, M e col. **Depressão associada a eventos cardíacos após revascularização do miocárdio** New York: Universitt of Maryland Medical Center and Columbia University College of Physician and Surgeons. 2000

CONTREIRAS, J; ARRUDA. E. N. **Reflexões sobre a utilização do marco conceitual de Roy na assistência a clientes hansenianos** *Revista Texto & Contexto*, v. 2, n. 2, jul./dez. 1993, p. 59-75.

CORTE, R L. Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata. Disponível em: www.Socerg.Org.br/medicos/revistamarco98/6htm (1998) Acesso em: 14 fev. 2003.

FORTUNA, P. **Pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca**. São Paulo . Atheneu, 1996.

GEORGE, B. J. **Teorias de Enfermagem**, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

HORTA, W. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 1979.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 1998.

LEAL e col. et al. Infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos: análise comparativa dos preditores da mortalidade. Idosos versus jovens. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 79, n. 4, p. 363-68, out. 2002.

LEITE, S. R. II Diretriz para o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista Socesp**. 218 ed. São Paulo: Abril, v. 20, n. 10, p. 43, 12 jul. 2002.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para prática**, Florianópolis: Papa Livros, 1999.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise de dados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualidade e saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 259p.

NOLASCO. S. **O mito da masculinidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rocco,1993

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION (Org.). **Diagnóstico de enfermagem do NANDA**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PÓS-OPERATÓRIO em cirurgia cardíaca: alterações do sistema nervoso central e periférico. **Revista Socesp**, São Paulo, v. 11, n. 5. Disponível em: <<http://www.Revistasocsp.com.br/11/5/1161.Asp>. Acesso em: 24 fev. 2003.

RIEHEL, J. P. e ROY, CALISTA. **Conceptual Models for Nursing Practice**, New York: Appleton-Century-Crofts, 1974.

FUREGATO, A. R. A comunicação interpessoal e a enfermagem. In: SIMPOSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO, 2. ed. Ribeirão Preto, 1994. **Anais...** Ribeirão Preto, 1994. P. 73-85.

ROMANO, B. V. Coronariopatias e valvulopatias: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 4, n. 5, p. 1-7, set./out. 1997. Suplemento.

SMELTZER, S.C, BARE, B.G **Tratado de enfermagem médico – cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

TANCREDI, B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G Um conceito ampliado de saúde. **Saúde & Cidadania**, São Paulo. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/SaúdeCidadania/ed_02/03_01.html>. Acesso em: 25 abril 2004.

TAVARES.J.L A comunicação na loucura. 1997, 186p. Tese (Doutorado em Enfermagem).Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,1997

VIEIRA.T. T Teoria de adaptação na prática de enfermagem, mimeografado, 1986.

APENDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informado (a) que esta pesquisa trata-se de um estudo realizado como exigência do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que terá como técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada. Nesta entrevista, o pesquisador poderá realizar modificações nas perguntas com o objetivo de melhor esclarecimento das mesmas. Estas serão gravadas em fita cassete e, posteriormente, transcrita pela autora do trabalho de pesquisa.

Expresso, através deste, a minha aceitação em participar como sujeito desta pesquisa intitulada como “REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no trabalho” de autoria da mestrandia Patrícia Veiga Nascimento, a qual poderá utilizar-se do conteúdo das minhas informações para fins científicos, sem, contudo, desrespeitar o meu direito à privacidade, garantindo o meu anonimato e mantendo sigilo quanto a possíveis informações confidenciais.

Foi-me esclarecido que neste estudo tenho o direito de como sujeito da pesquisa, recusar-me a participar da mesma ou, tendo aceitado e assinado este termo, o de retirar o meu consentimento em qualquer de suas fases, sem que eu seja submetido a qualquer penalização.

Diante dos esclarecimentos que me foram feitos, assino juntamente com a pesquisadora este termo de consentimento, em de _____ de 2004.

Entrevistado(a)

Pesquisadora

Nome da pesquisadora: Patrícia Veiga Nascimento

Endereço: Rua Jornalista Orlando Garcia, Condomínio Vivendas do Futuro, Edf. Gemine aptº 1104 – Paralela- Salvador-Ba.

Cep: 41745082

Telefone: 2305484/91290404

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA**TÍTULO: REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:****Processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no trabalho.****1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

NOME:

IDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

RELIGIÃO:

DATA DA CIRURGIA:

SEXO: Masculino

Feminino

ESTADO CIVIL: Solteiro

Casado

Viúvo

Outros

PAPEL FAMILIAR:

NÚMERO DE FILHOS:

PROFISSÃO / ATIVIDADE:

VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM

NÃO

RENDA MENSAL: 1 a 3 salários mínimos

3 a 10 salários mínimos

Maior que 10 salários mínimos

MORADIA: Própria

Aluguel

Outros

RESIDE COM FAMILIARES: sim

Não

Esposa/ companheira

Filhos

Outros graus de parentesco.

2. QUESTÕES REFERENTES AO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO FAMILIAR E PROFISSIONAL.

1- O senhor (a) poderia falar o que sentiu quando soube que teria que fazer uma cirurgia cardíaca?

Obs: investigar formas de superação dos sentimentos próprios de sua adaptação Ineficiente.

2- Quando internado (a) no hospital para realizar a cirurgia o que o(a) incomodou e como enfrentou esta situação? Quais as sugestões que o senhor (a) daria para melhorá-las?

3- O senhor (a) pode falar um pouco sobre o seu relacionamento com seus familiares antes e depois da cirurgia? E sobre o seu relacionamento no local de trabalho?

4 - O senhor(a) sente que houve mudanças no seu físico após o tratamento cirúrgico? Em caso positivo, essas mudanças influenciaram no seu desempenho familiar e profissional? De que maneira?

5 - Após a cirurgia como o senhor (a) percebe e descreve suas atividades diárias em casa e no trabalho?

6 - Quais as dificuldades encontradas pelo senhor (a) após o procedimento cirúrgico, no ambiente familiar e profissional? E quais foram às facilidades?

7 - O senhor (a) procurou meios para superar estas dificuldades? Quais?

ANEXO A- TIPOLOGIA DE TRABALHO DE PROBLEMAS COMUNS DE ADAPTAÇÃO

QUADRO 6

A- MODO FISIOLÓGICO	B – MODO De C AUTOCONCEITO	C- MODO DA FUNÇÃO DO PAPEL	D-MODO DA INTERDEPENDÊNCIA
1. Oxigenação	Self Físico	Transição do Papel	Ansiedade da
Hipoxia	Autoconhecimento sexual	Distância do papel	Separação
Choque	Conflito do papel sexual	Conflito do papel	Solidão
Solidão	Papel	Fracasso do papel	
2. Nutrição	2. Self pessoal		
Desnutrição	Ansiedade		
Náusea	Impotência		
Vômito	Culpa		
3. Eliminação	Auto-estima		
Constipação			
Diarréia			
Flatulência			
Incontinência			
Retenção Urinária			
4. Atividade e Descanso			
Atividade física inadequada			
Conseqüência potenciais de desuso			
Descanso inadequado			
Insônia			
Privação do sono			
Descanso excessivo			
5. Integridade a Pele			
Prurido			
Pele seca			
Dor intermitente			

Fonte: Geoege, B.J. Teorias de Enfermagem, 1993

**ANEXO B- MODOS ADAPTATIVOS DE ROY E OS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM DA NANDA**

QUADRO 7

MODO ADAPTATIVO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA
Modo Fisiológico	
Atividade e Descanso	Mobilidade: Físico debilitado Déficit de autocuidado: Alimentação Déficit de autocuidado: Banho-higiene Déficit de autocuidado: Vestir boa apresentação Déficit de autocuidado: Toalete Potencial para infecção Déficit de atividades variadas Distúrbio no padrão de sono Intolerância à atividade Intolerância potencial à atividade Dificuldade para gerir o trabalho doméstico Crescimento e desenvolvimentos alterados
Eliminação	Padrão alterado de eliminação urinária Retenção urinária Incontinência funcional Incontinência reflexa Incontinência por estresse Incontinência por pressa Incontinência total Alteração na eliminação intestinal: Constipação Alteração na eliminação intestinal: Diarréia Alteração na eliminação intestinal: Incontinência
Função Endócrina	Disfunção sexual Síndrome do trauma de estupro

<p>Fluidos e Eletrólitos</p>	<p>Síndrome do trauma de estupro: Reação Mista Síndrome do trauma de estupro: Reação silenciosa Padrões alterados de sexualidade Déficit potencial de volume Excesso de volume do fluido Déficit do volume atual de fluido Déficit potencial de volume de fluido</p>
<p>Função Neurológica</p>	<p>Processos de pensamento alterados Déficit de conhecimento (especificar) Termo-regulagem ineficiente Hipertermia Hipotermia</p>
<p>Nutrição</p>	<p>Alteração na membrana da mucosa oral Alteração na nutrição: Potencial para mais do que o corpo exige Alteração na nutrição: Menos do que o corpo exige Engolir com problemas Alteração potencial da temperatura do corpo</p>
<p>Oxigenação</p>	<p>Alteração na perfusão do tecido: Renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférico. Desobstrução ineficiente das vias aéreas Padrão ineficiente de respiração Troca de gases debilitada Resultado cardíaco alterado: Diminuído</p>
<p>Sentidos</p>	<p>Alteração no conforto: Dor Alteração no conforto: Dor crônica Alteração na percepção sensorial: Visual, auditiva, cinestésica, frustativa, tátil e olfativa. Desleixo unilateral</p>

Integridade da Pele	<p>Integridade da pele prejudicada</p> <p>Prejuízo potencial da integridade da pele ou potencial de decomposição da pele</p> <p>Potencial para infecções</p> <p>Potencial para ferimentos</p> <p>Potencial para ferimentos: Traumas</p> <p>Potencial para ferimentos: Envenenamento</p> <p>Potencial para ferimentos: Sufocamento</p> <p>Integridade de tecidos prejudicada</p>
Modo do Autoconceito	<p>Distúrbio de auto-estima no autoconceito</p> <p>Distúrbio de identidade pessoal no autoconceito</p> <p>Ansiedade</p> <p>Distúrbio da imagem do corpo do autoconceito</p> <p>Enfrentamento individual ineficaz</p> <p>Depressão, reativa (situacional)</p> <p>Medo</p> <p>Alteração na manutenção da saúde</p> <p>Ajustamento prejudicado</p> <p>Confusão da identidade, pessoal</p> <p>Impotência</p> <p>Angústia espiritual</p> <p>Não-complacência (especificar)</p> <p>Distúrbio no autoconceito</p> <p>Distúrbio na execução do papel</p> <p>Desesperança</p> <p>Confusão da identidade pessoal</p> <p>Reação pós-trauma</p>
Modo da Função de Papel	<p>Alterações no processo familiar</p> <p>Enfrentamento familiar: Potencial para crescimento</p> <p>Enfrentamento familiar ineficiente: Comprometido</p> <p>Enfrentamento familiar ineficiente: Incapaz</p>

Modo da Interdependência	Alteração potencial na paternidade Alteração real na paternidade Comunicação verbal prejudicada Sofrimento antecipado Sofrimento disfuncional Síndrome da transposição Isolamento social Potencial para violência: Autodirecionado ou voltado para os outros Interação social prejudicada (Angústia do espírito humano)
--------------------------	---

Fonte: George, B.J. Teorias de Enfermagem, 1993