

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA
DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Claudia Regina Maldaner

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Claudia Regina Maldaner

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em
Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra Margrid Beuter

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Maldaner, Claudia Regina
Cuidado de si de indivíduos após cirurgia de revascularização miocárdica / Claudia Regina Maldaner.- 2014.
132 p.; 30cm

Orientadora: Margrid Beuter
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Enfermagem 2. Cuidados de enfermagem 3. Revascularização miocárdica 4. Autonomia pessoal 5. Cardiologia I. Beuter, Margrid II. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Claudia Regina Maldaner. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.
E-mail: claudia.maldaner@yahoo.com.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA**

elaborado por
Claudia Regina Maldaner

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)



Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra. (UFSC)



Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dra. (UFSM)



Silviamar Camponogara, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 16 de janeiro de 2014.

*Dedico este trabalho
AOS MEUS QUERIDOS
PAIS, amores da minha
vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à **DEUS** por ter me concedido à vida, me manter com saúde, colocar pessoas maravilhosas em minha trajetória e me dar as oportunidades para crescer pessoal e profissionalmente.

Aos meus **PAIS** amados, que sempre foram pessoas corretas, exemplos de pessoas de bem, que me incentivaram desde o início dessa trajetória, por serem minha sustentação nos momentos de angústia e apreensão, amo vocês incondicionalmente.

Às minhas irmãs **VIVIANE** e **JOSEILA** e ao meu cunhado **JULIANO** obrigada pelo companheirismo, carinho e preocupação, amo vocês.

Aos meus sobrinhos-afilhados **ISABELA** e **RAFAEL**, a presença de vocês em minha vida me enche de alegria e torna a vida mais leve, amo muito vocês.

Ao meu amor **GABRIEL**, obrigada pela presença constante em minha vida, carinho, cuidado e preocupação. Desculpe pelas ausências e pelos momentos em que teve de ouvir meus desabafos e aflições, te amo muito.

À minha segunda família, **MARIA LÚCIA**, **ANDRÉ**, **CAROL** e tia **MARIA**, obrigada pelo apoio, incentivo, orações, vocês são a família que escolhi, amo vocês.

Às colegas de mestrado **CAREN** e **MARGOT**, obrigada pelos momentos compartilhados nesse período de estudo, dedicação, angústias e incertezas, vocês foram fundamentais nessa trajetória.

À minha orientadora **MARGRID**, obrigada por me acolher, pela orientação e principalmente pelos conselhos para a vida, você é muito especial para mim.

Às professoras **MARA**, **NARA** e **SILVIAMAR**, obrigada pelas contribuições e por aceitaram compartilhar comigo seus saberes.

*Aos amigos do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, especialmente **MACILENE**, **ARLETÉ** e **CAMILA**, obrigada pelos conselhos e pela ajuda nos momentos que mais precisei.*

*À todos os **COLEGAS DO CURSO DE MESTRADO**, obrigada por todos os momentos compartilhados.*

*Aos **DOCENTES** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, obrigada por compartilharem seu conhecimento e suas experiências.*

*Aos colegas da **UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTENSIVA** do **HUSM**, obrigada pela preocupação, carinho e companheirismo nesta etapa de minha vida.*

*Ao **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA** pelo apoio e a possibilidade de concretizar essa pesquisa.*

*À **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**, em especial ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem por oportunizar a construção do conhecimento acadêmico, profissional e pessoal.*

*À **TODAS AS PESSOAS**, que de alguma maneira contribuíram para a concretização desse trabalho.*

*Um agradecimento especial aos **SUJEITOS** desse estudo, os indivíduos revascularizados do miocárdio, que se dispuseram a contar a sua história contribuindo para a realização desse trabalho.*

Muito Obrigada!

*Ando devagar por que já tive pressa
E levo esse sorriso por que já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Nada sei.
Todo mundo ama um dia todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
E ser feliz.*

ALMIR SATER

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

AUTORA: CLAUDIA REGINA MALDANER

ORIENTADORA: MARGRID BEUTER

Data e Local da Qualificação: Santa Maria, 16 de janeiro de 2014.

O objetivo geral foi: compreender como ocorre o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio. Os objetivos específicos foram: conhecer o significado da cirurgia de revascularização do miocárdio na vida de indivíduos revascularizados; conhecer o cotidiano de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio; analisar as mudanças provocadas pela cirurgia de revascularização do miocárdio na vida de indivíduos revascularizados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 10 indivíduos revascularizados em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram respeitadas as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta dos dados ocorreu de janeiro a abril de 2013, por meio da entrevista narrativa. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados desse trabalho estão dispostos em quatro artigos. O primeiro trata-se de uma revisão integrativa da literatura que contribuiu para aprofundar a temática. Os demais artigos são oriundos da pesquisa de campo. No primeiro artigo, foram descritas as evidências sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano dos pacientes após a cirurgia de revascularização miocárdica. Os resultados apontaram que o dia a dia após cirurgia inclui a necessidade de mudanças no estilo de vida. As repercussões negativas da revascularização miocárdica incluem a ansiedade, depressão e o acompanhamento médico, já o fator positivo é a diminuição dos sintomas anginosos. O segundo artigo, trata sobre os significados da cirurgia de revascularização do miocárdio para indivíduos revascularizados. Emergiram os temas: doença cardíaca é para pessoas idosas; susto - risco de morte iminente; melhora física e psíquica; modificação da imagem corporal; oportunidade de vida. O terceiro artigo se refere ao cotidiano de indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. As categorias temáticas foram: o desconhecimento e o (des)cuidado de indivíduos revascularizados sobre sua saúde antes da cirurgia e a necessidade de cuidado de si de indivíduos revascularizados e as implicações no seu cotidiano após a cirurgia. O último artigo é referente às mudanças provocadas pela cirurgia de revascularização miocárdica na vida de indivíduos revascularizados, visando o cuidado de si. Nesse artigo as categorias foram: agora eu me cuido; a mão dupla do cuidado; a imposição do cuidado; a valorização da vida; a atitude frente aos bens materiais; a atitude nos relacionamentos e a família mais próxima. Compreende-se que os profissionais de saúde precisam ser agentes estimuladores do cuidado de si de indivíduos revascularizados. Devem ser oportunizados ao indivíduo e sua família, momentos de discussão e compartilhamento de dúvidas e angústias junto aos profissionais de saúde. Esses encontros podem ser realizados em grupos ou até mesmo em consultas de enfermagem individualizadas, os profissionais devem estar aptos a estimular essas pessoas a seguir uma vida ativa e independente, mantendo o entusiasmo nos cuidados com a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Revascularização miocárdica. Autonomia pessoal. Cardiologia.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Nursing Post-Graduation Program
Federal University of Santa Maria

**THE CARE OF THEMSELVES OF INDIVIDUALS AFTER SURGERY OF
MYOCARDIAL REVASCULARIZATION**
AUTHOR: CLAUDIA REGINA MALDANER
LEADER: MARGRID BEUTER

Date and Local of Presentation: Santa Maria, January, 16th of 2014.

The general objective was: to comprehend how the care of themselves occurs in individuals that had a surgery of myocardium revascularization. The specific objectives were: to know the meaning of surgery of myocardial revascularization in life of revascularized individuals; to know the routine of individuals submitted to surgery of myocardial revascularization; to analyze the provoked changes by surgery of myocardial revascularization in life of revascularized individuals. This is a qualitative search, with 10 revascularized individuals in a public hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. The rules to search involving human beings of 196/96 Resolution of Health National Council of Health Ministry were respected. The collection of data occurs between January and April of 2013, by narrative interviews. The data was subjected to thematic content analyses. The results of this search are arranged in four articles. The first one is a integrative review of literature that contributes to deepen the thematic. The other articles are about the field search. In the first article were described the evidence about the needs of care and the factors that influence in the daily of patient after surgery of myocardial revascularization. The results pointed that the day by day after surgery includes a need of changes in life style. The negative repercussion of myocardial revascularization includes anxiety, depression and medical monitoring, and the positive factor is the decrease of angina signals. The second article is about the meanings of surgery of myocardial revascularization to revascularized individuals. The emerged themes: the cardiac disease is to elderly; scare – risk of imminent death; physical and psychic improvement; modification of corporal image, opportunity of life. The third one is about the daily of individuals submitted to surgery of myocardial revascularization. The thematic categories were: the unawareness and the (lack of)care of revascularized individuals about their health before the surgery and the need of care of themselves and the implications in their routine after the surgery. The last article is about the provoked changes by the surgery of myocardial revascularization in life of revascularized individuals, seeking the care of themselves. The categories were: now I take care of myself; the two-way of care; the imposition of care; the valorization of life; the attitude in face of material goods; the attitude in relationships and with the nearest relatives. It is understood that the professionals of health need to be stimulating agents of self-care to revascularized individuals. The individuals and their families should have the opportunity of moments to discuss and to share doubts and anguish with the health professionals. These meetings can happen in groups or even in individualized consults of nursing, the professionals should be able to stimulate these people to follow an active life and independent, keeping the enthusiasm in cares with health.

Keywords: Nursing. Nursing care. Myocardial revascularization. Personal autonomy. Cardiology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Objetivo geral.....	21
1.2 Objetivos específicos.....	21
2 CAMINHO METODOLÓGICO	23
2.1 Tipo de pesquisa	23
2.2 Cenário da pesquisa	24
2.3 Participantes do estudo	25
2.4 Coleta de dados	28
2.5 Análise e interpretação dos dados.....	29
2.6 Aspectos éticos	30
3 RESULTADOS	31
3.1 ARTIGO 1 O COTIDIANO DE ADULTOS E IDOSOS APÓS A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	35
RESUMO.....	37
ABSTRACT	37
RESUMEN	38
INTRODUÇÃO	38
MÉTODOS.....	39
RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	48
3.2 ARTIGO 2 SIGNIFICADO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA PARA OS INDIVÍDUOS REVASCULARIZADOS.....	53
RESUMO.....	55
RESUMEN	55
ABSTRACT	56
INTRODUÇÃO	57
METODOLOGIA.....	58
RESULTADOS	60
DISCUSSÃO	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	67
3.3 ARTIGO 3 O COTIDIANO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E O CUIDADO DE SI	71
RESUMO.....	75
ABSTRACT	75
RESUMEN	75
INTRODUÇÃO	76
MÉTODO	77
RESULTADOS	78
DISCUSSÃO	82
CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS	87

3.4 ARTIGO 4 CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA:	
MUDANÇAS NA VIDA DE INDIVÍDUOS E O CUIDADO DE SI	91
RESUMO	93
ABSTRACT.....	93
RESUMEN.....	94
INTRODUÇÃO	94
METODOLOGIA	95
RESULTADOS.....	96
DISCUSSÃO.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	105
4 DISCUSSÃO.....	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES.....	119
Apêndice A – Dados clínicos do prontuário.....	121
Apêndice B – Termo de confidencialidade	122
Apêndice C – Projeto pesquisa	123
ANEXOS	127
Anexo A – Folha de registro e acompanhamento de projetos.....	129
Anexo B – Parecer Consustanciado do CEP	130

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a causa principal de morbimortalidade nas Américas, afetando, de maneira crescente, as populações em idade laboral. Portanto, contribuem desproporcionalmente para a perda de anos de vida saudável e de produtividade econômica (OPAS, 2009). Em relação à doença arterial coronariana, a maioria dos indivíduos somente apresentará sintomas como, dor anginosa e dispneia, após longo tempo de exposição a fatores de risco como: tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares, estresse, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias (STEFANINI; KASINSKI e CARVALHO, 2009). Dessa forma, o diagnóstico, geralmente, acontece em fases tardias, com a doença mais avançada, o que torna o tratamento dispendioso para a saúde pública, envolvendo altas tecnologias, incluindo, em alguns casos, a necessidade da realização da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM).

O objetivo principal do procedimento cirúrgico é melhorar a qualidade de vida das pessoas, aliviando os sintomas anginosos e restaurando atividade física, bem como, aumentar a sobrevida em certos subgrupos de indivíduos, principalmente aqueles de alto risco (SOUZA e GOMES, 2008). De acordo com Moraes (2011), poucos procedimentos cirúrgicos mudaram de forma tão dramática a história natural de uma doença, quanto a CRM em relação à doença arterial coronária.

Os indivíduos submetidos à CRM sofrem diversas consequências no pós-operatório: dor, restrições alimentares, a necessidade de acompanhamento médico, além de alterações psicológicas. O coração é visto como um órgão com diversos significados. Ele envolve o centro das emoções, o que leva a pessoa acometida por alguma patologia cardíaca e sua família a relacionar o evento com o sentimento de finitude, falibilidade e de medo da morte. O coração tem uma simbologia que está impregnada na mente das pessoas. Para muitos, ele simboliza sentimento e é considerado o centro das emoções, do amor, da vida, do corpo (SOUZA, 2004). Os sujeitos percebem a patologia cardiovascular como aquela que acomete o “motor” da vida, o coração (GÓMEZ, 2011).

Na minha atuação profissional na Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul-Brasil, percebo que cada pessoa apresenta determinadas características e uma maneira única de encarar a doença cardíaca, a cirurgia e o pós-operatório. O sucesso da cirurgia depende dos cuidados imediatos prestados pela equipe no trans e pós-operatório e também de como o indivíduo vai dar continuidade à sua vida, após

a alta hospitalar. Relacionado a isso, Barreto; Vieira e Pinheiro (2001) salientam que progressivamente há uma considerável diminuição das complicações e mortalidade nas revascularizações miocárdicas, principalmente quando toda equipe multiprofissional atua no período perioperatório da CRM e o indivíduo é incluído nas decisões de seu tratamento.

Compreende-se que além dos cuidados com a cirurgia em si, o cuidado de enfermagem não deve restringir-se apenas ao período da internação, mas também visualizando o pós-alta. Em meu cotidiano profissional, percebo que, apesar da equipe de enfermagem acompanhar o indivíduo, continuamente, ao longo do período pré, trans e pós-operatório, pouco atua nas orientações e acompanhamento no pós-alta do indivíduo revascularizado.

Durante o período de internação a pessoa submetida à revascularização miocárdica recebe auxílio e orientação na realização de seus cuidados pela equipe de enfermagem. No domicílio o indivíduo e sua família irão se deparar com uma situação diferenciada, necessitando adaptar as atividades diárias à realidade do pós-operatório de CRM. Corroboration, Souza (2004) salienta que a cirurgia cardíaca é uma situação transformadora que desencadeará mudanças e transições, gerando novas percepções sobre a vida futura. A adaptação da vida após a cirurgia dependerá das características de cada indivíduo, do apoio familiar e das comorbidades associadas. Assim, para alguns poderá ser impactante, enquanto para outros nem tanto, o que influenciará no enfrentamento da nova realidade, bem como no desempenho do cuidado de si.

O cuidado de si foi amplamente discutido por Michel Foucault em aulas ministradas, no ano de 1982, em um curso proferido no Collège de France. Esse curso deu origem ao livro intitulado “A hermenêutica do sujeito”, no qual Foucault apresenta uma investigação sobre a noção de Cuidado de Si. Foucault procura traduzir uma noção grega segundo ele “complexa e rica” a *Epiméleiaheautoû* que é o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, preocupar-se consigo. A *Epiméleiaheautoû* é uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo, designa o conjunto de condições de espiritualidade, transformações de si que constituem uma condição para se ter acesso à verdade. Esse termo ainda refere-se a ocupar-se consigo para poder governar-se e não ser governado (FOUCAULT, 2010, p. 4).

Ainda, o autor salienta que a regra geral do cuidado de si é ocupar-se de si mesmo, não esquecer-se de si e ter cuidado consigo. Em suas aulas no Collège de France, Foucault conta a história de que Sócrates havia recebido dos deuses a missão de interpelar as pessoas, jovens e velhos a lhes dizer: ocupai-vos com vós mesmos. Ainda salienta que “Sócrates é o homem do cuidado de si e assim permanecerá” (FOUCAULT, 2010, p. 9).

É de fundamental importância que o cuidado de si não seja confundido com outro conceito não menos importante, o autocuidado. O autocuidado foi proposto pela enfermeira Dorothea Orem em uma teoria de enfermagem, na qual o autocuidado é visto como uma atividade desenvolvida pelo indivíduo, apreendida e orientada para um objetivo. Caracteriza-se por ações desenvolvidas em situações concretas da vida, para regular fatores que afetam o desenvolvimento. O autocuidado é realizado em benefício da vida, da saúde e do bem-estar e as ações de cuidado seguem um modelo pré-estabelecido. (OREM, 2001).

Silva et al (2009) salientam que o autocuidado está pautado no paradigma da totalidade, em que o ser humano é a somatória de suas partes, o biológico, psicológico, espiritual e social, além de evidenciar que a pessoa deve se adaptar ao ambiente. Neste sentido, caberia à enfermagem orientar a pessoa na sua adaptação com o meio ambiente e propor um modelo de cuidado.

O autocuidado está vinculado ao objetivismo do processo saúde-doença, enquanto o cuidado de si está permeado por este processo. O autocuidado condiciona o ser humano a um plano assistencial, mais prescritivo; o cuidado de si centra-se no diálogo com a pessoa, reconhecendo-a como única conhecedora da situação vivida (SILVA et al, 2009).

Neste trabalho, o cuidado de si está configurado na perspectiva da autonomia dos sujeitos revascularizados. A autonomia sendo compreendida como algo inerente ao ser humano, ou passível de ser desenvolvido ao longo da vida e importante para superação das dificuldades diárias no processo de recuperação. O cuidado de si é percebido como uma atitude desenvolvida em todas as situações de vida dos sujeitos, de acordo com suas condições de vida naquele momento. Nesse sentido, entende-se que a enfermagem pode fazer-se presente, utilizando a educação em saúde para instrumentalizar os indivíduos que realizaram CRM, no desempenho do cuidado de si.

Para Sá (2004), a reflexão acerca do cuidado de si na enfermagem, apresenta duas características essenciais: a educacional e a ética. No aspecto educacional, considera que educar é “estar com o outro”, tendo como base a transformação e a busca incessante para compreender as atitudes que resultam das trocas de informações estabelecidas com os sujeitos do cuidado. No aspecto ético, destaca a liberdade do outro e a sua escolha individual. Da mesma forma, Costa, Lunardi e Filho (2007) reiteram que estimular o exercício da autonomia, no que se refere a cuidar de si, é um componente ético do cuidado, que deve ser buscado e estimulado.

A tomada de decisões sobre a sua vida é um direito de todo cidadão independente do estado de saúde e do grau de dependência (COSTA; LUNARDI; FILHO, 2007). Para os

indivíduos revascularizados do miocárdio é importante que realizem no domicílio, após a alta hospitalar, práticas de cuidado de si, que assumam o comando de suas vidas, e estejam comprometidos a tornarem-se membros efetivos na sua recuperação. Esses indivíduos necessitam ser orientados e estimulados a participar ativamente de seus processos de decidir e de se cuidar para também evitar futuras internações (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

A doença crônica pode fazer com que o indivíduo reduza ou perca a capacidade de autonomia, tornando-se dependente da decisão de outros e essa situação de impotência pode reforçar sentimentos de sofrimento e terminalidade da vida (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006). Cabe aos profissionais e familiares refletirem sobre a importância do exercício da autonomia dos portadores de doenças crônicas como ação ética, respeitando seus direitos como cidadãos. A doença crônica não deve significar a perda do poder de decisão sobre si (COSTA; ALVES e LUNARDI, 2006).

Teixeira (2002) salienta que um mecanismo para promover a autonomia pode ser por meio da atividade educativa, que objetiva a melhoria da autoestima, incentiva a participação dos indivíduos no cuidado, auxilia no incremento de conhecimentos e possibilidades de escolha das pessoas.

As doenças crônicas geram mudanças na vida dos indivíduos repercutindo na necessidade da adoção de novo estilo de vida. O fato de muitas vezes depender do cuidado de outras pessoas para atender a necessidades que antes eram supridas independentemente e autonomamente, pode, de alguma forma, vir a interferir no poder de decisão em vários aspectos da vida (COSTA; ALVES; LUNARDI, 2006).

Os indivíduos revascularizados do miocárdio, muitas vezes, recebem alta sem muitas informações de como será seu dia a dia no domicílio. Com isso, ele terá que, muitas vezes, descobrir por si mesmo o que poderá ou não desempenhar sem auxílio e dependência de outras pessoas. Existe uma carência de estudos que abordem a questão do cuidado de si visando à autonomia dos indivíduos que realizaram CRM. Além disso, acredito que esta deveria ser uma preocupação constante na prática dos profissionais que atuam no cuidado aos doentes cardíopatas. Devido à dificuldade de muitos pacientes retomarem suas atividades normais, a equipe de saúde deve incentivar o desempenho do cuidado de si, evitando possíveis reinternações e complicações tardias. Assim, esses sujeitos poderiam dar continuidade a sua vida de maneira saudável, comprometida e com menos dependência da instituição e dos profissionais de saúde.

Frente ao contexto apresentado, constitui-se objeto deste estudo o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio.

A questão norteadora é: de que forma os indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio desenvolvem o cuidado de si após a alta hospitalar?

Para responder essa questão elaboraram-se os seguintes objetivos:

1.1 Objetivo geral

- Compreender como ocorre o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio.

1.2 Objetivos específicos

- conhecer o significado da CRM na vida de indivíduos revascularizados;
- conhecer o cotidiano de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio;
- analisar as mudanças provocadas pela CRM na vida de indivíduos revascularizados;

Pretende-se com esse estudo contribuir para a atuação de enfermeiros no cuidado a pacientes que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica, no sentido de conhecer as lacunas existentes no cuidado. Além disso, possibilitar a identificação de estratégias de atuação da enfermagem no incentivo ao cuidado de si e na efetiva autonomia desses indivíduos, visando à qualidade de vida dos sujeitos.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa é capaz de fornecer uma compreensão em profundidade dos fenômenos sociais, que não poderia ser alcançada utilizando métodos mais tradicionais de pesquisa científica (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Esta abordagem valoriza a subjetividade das ações, enfatiza as especificidades em termos de suas origens e de sua razão de ser, além de propiciar a construção de novos enfoques, revisão e criação de novos conceitos durante a investigação (MINAYO, 2010). A autora ainda afirma que, essas pesquisas são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Entende-se que a questão do cuidado de si, na perspectiva de indivíduos revascularizados, pôde ser compreendida utilizando a abordagem qualitativa. Através do depoimento dos sujeitos foi possível perceber quais os significados atribuídos, por eles, para a vivência da CRM. A pesquisa qualitativa é importante para o campo da saúde, pois é onde a realidade dos fatos está inteira e intensamente permeada pelo campo simbólico e afetivo. Não é possível quantificar o fenômeno vivenciado, mas sim compreender. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

O cuidado de si ainda é um tema pouco estudado e pesquisado na perspectiva do sujeito do cuidado, principalmente em relação ao cuidado de si de pessoas revascularizadas. Entende-se que o estudo exploratório foi adequado à questão, pois tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção dele. Este estudo ainda é recomendado quando há pouco conhecimento sobre o problema relatado (CERVO; BERVIAN, 2002). Para Gil (2010), quando o tema escolhido é pouco explorado, torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis, sendo necessário um levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas.

Além de exploratório o estudo é descritivo, pois descreve os fatos ou fenômenos de determinada realidade, os sujeitos foram claramente definidos e delimitados (LEOPARDI et al, 2002).

2.2 Cenário da pesquisa

A presente pesquisa de campo foi realizada no ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Neste ambulatório, são atendidos apenas pacientes que já realizaram cirurgia cardíaca. O HUSM é um hospital público de 310 leitos com atendimento pelo SUS. Ele é referência em média e alta complexidade para 43 municípios da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, segundo informação do Núcleo de Apoio Gerencial-HUSM. Segundo dados disponíveis no sistema informatizado da Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)* no Rio Grande do Sul, foram realizadas no ano de 2013, 116 cirurgias cardíacas, dessas 85 foram CRM.

O ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas abrange o atendimento aos indivíduos que realizaram todos os tipos de cirurgia cardíaca, como: revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar, correção de cardiopatia congênita no adulto (comunicação inter-atrial), correção de doenças da aorta torácica (aneurismas/dissecções). As consultas acontecem nas quintas-feiras no final da manhã, sendo realizadas por um profissional médico, quando são atendidas de seis a oito pessoas, dentre essas, em média quatro realizaram CRM. Em caso de CRM, geralmente, uma semana após a alta hospitalar, o indivíduo retorna para a primeira consulta. Em trinta dias acontece nova consulta, sendo agendadas outras, conforme a necessidade de cada paciente. Após a melhora clínica, o indivíduo é encaminhado ao seu médico particular ou ao ambulatório de origem.

As consultas são agendadas previamente e o atendimento pelo médico, acontece por ordem de chegada dos pacientes. Comumente os indivíduos chegam ao hospital no início da manhã e ficam aguardando para o atendimento do profissional médico.

Foi realizada, inicialmente, a aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa, no mês de janeiro, acompanhando desde a chegada dos sujeitos na sala de espera até a observação das consultas médicas. Desse modo, foi possível decidir a melhor forma de iniciar

*Projeto de implantação de um sistema informatizado multidisciplinar de gestão da Unidade de Cardiologia Intensiva UCI- HUSM, registrado na DEPE- HUSM sob número: 106/2010, de autoria de Ana Paula Rödel e Luiz Carlos Carneiro Pereira.

a coleta dos dados da pesquisa. Esse período, também, contribuiu para desenvolver na pesquisadora, a sensibilidade para abordar a temática no ambulatório, aproximação com os sujeitos do estudo e identificação de perspectivas para a condução da entrevista.

2.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 10 indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado cirurgia de revascularização do miocárdio no HUSM no período de no máximo, 120 dias; ter consulta agendada no ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas durante o período de coleta de dados; apresentar-se lúcido, orientado e em condições de expressar-se verbalmente. O período mínimo de pós-operatório foi de 27 dias e o máximo de 113 dias.

O critério temporal de realização do procedimento cirúrgico foi adotado por entender-se que, com mais de 120 dias, as dificuldades iniciais para o desempenho do cuidado de si já começam a ser superadas e a pessoa já está mais adaptada a sua nova condição.

O número de sujeitos foi definido levando em consideração o critério de saturação dos dados, compreendendo que a inclusão de novos indivíduos à amostra, pouco acrescentariam aos dados obtidos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Segue quadro 1 com a caracterização dos sujeitos do estudo.

E	Idade	Sexo	Procedência	Escolaridade	Estado Civil	Número de Filhos	Renda Familiar em Salários Mínimos	Situação Ocupacional	Fatores de Risco	Nº de Pontes revascularizadas	Dias de internação	Dias de alta
1	55	M	Júlio de Castilhos-RS	Fundamental Incompleto	Casado	2	1-2	Aposentado	Hipertensão Arterial Sistêmica	4	24	17
2	57	M	Santa Maria-RS	Fundamental Incompleto	Casado	0	1-2	Aposentado	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus	3	17	21
3	58	M	Santa Maria-RS	Fundamental Incompleto	Casado	2	1	Aposentado	Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia	4	24	40
4	53	F	São Sepé-RS	Fundamental Incompleto	Viúva	1	1	Do lar	Hipertensão Arterial Sistêmica, Tabagismo	1	22	13
5	54	F	Mata-RS	Fundamental Incompleto	Casada	5	1	Do lar	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Tabagismo	4	22	5

6	51	M	Santa Maria-RS	Médio Completo	Divorciado	2	2-3	Desocupado	Tabagismo	3	13	100
7	55	M	Santa Maria-RS	Fundamental Incompleto	Solteiro	5	1	Auxílio Doença	Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, Tabagismo	3	15	29
8	53	F	Santa Maria-RS	Médio Incompleto	Casada	4	1-2	Auxílio Doença	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia	3	44	58
9	45	M	Nova Palma-RS	Fundamental Incompleto	Casado	3	11-12	Auxílio doença	Tabagismo	4	8	65
10	55	M	Santa Maria-RS	Superior Incompleto	Divorciado	3	4-5	Aposentado	Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia	4	23	77

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos

2.4 Coleta de dados

Com acesso à agenda de marcações das consultas, foi possível verificar no prontuário os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão. Assim, através de contato telefônico, um dia antes da consulta, o sujeito foi convidado a participar da entrevista, dependendo de sua disponibilidade, a entrevista foi realizada antes ou após a consulta. As entrevistas foram realizadas em uma sala do ambulatório que garantia privacidade e tranquilidade, no período de janeiro a abril de 2013.

Através da consulta ao prontuário, foram buscados dados sociodemográficos e clínicos do entrevistado (Apêndice A), úteis na caracterização dos sujeitos da pesquisa, que constam no quadro 1. Para coletar os dados foi utilizada a entrevista narrativa. Por meio da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, sequenciam suas experiências e são capazes de incorporar significado e intencionalidade aos seus atos, relações e estruturas sociais (LIRA; CATRIV; NATIONS, 2003 e BAUER; GASKELL, 2012).

Esse tipo de entrevista exige que o entrevistador tenha um roteiro mental que possa conduzir o entrevistado para que explice, de forma mais abrangente e profunda possível, o seu ponto de vista (MINAYO, 2010). O entrevistado conta a história sobre os acontecimentos de sua vida e do contexto social (BAUER e GASKELL, 2012).

A entrevista narrativa foi desencadeada pela questão: “Como está sua vida agora após a cirurgia de revascularização miocárdica”. Para direcionar a narrativa e atender os objetivos do estudo, a pesquisadora apoiava-se em um roteiro mental composto de três eixos norteadores: o significado da cirurgia; o cotidiano dos participantes revascularizados; e as mudanças após a cirurgia.

A entrevista foi conduzida da seguinte forma: quando o participante concluía um pensamento que poderia ser mais explorado, do ponto de vista da pesquisadora, ela regatava a ideia expressa visando aprofundar o relato. As ideias eram resgatadas por meio das expressões, “Fale mais sobre isso (última palavra ou ideia expressa pelo entrevistado)”, “não entendi, você pode me explicar melhor isso (última palavra ou ideia expressa pelo entrevistado)”. Após a entrevista foram complementados os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, doenças prévias, número de pontes revascularizadas, dias de internação e dias de alta.

2.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados do prontuário e os sociodemográficos foram investigados para a caracterização dos sujeitos. O conteúdo das entrevistas foi transscrito na íntegra e, posteriormente, submetido à análise temática, uma modalidade específica de análise de conteúdo proposta por (MINAYO, 2010).

A análise de conteúdo possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Assim, visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (MINAYO, 2010).

As entrevistas transcritas foram identificadas pela letra “E” referente ao entrevistado, seguida de números cardinais sequenciais de acordo com a ordem de realização. De posse das transcrições, foi realizada a leitura sistemática e minuciosa do material, a fim de possibilitar a apreensão do conteúdo manifesto e a identificação dos conteúdos repetidos e/ ou com semelhança semântica nos diferentes fragmentos no intuito de agrupá-los, considerando-se os núcleos de sentido.

Conforme Minayo (2010), operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

1^a etapa: pré-análise

Acontece a escolha dos documentos a serem analisados e retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas - **leitura flutuante**: contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo conteúdo. **Constituição do corpus**: totalidade do universo estudado, respondendo a algumas normas de validade qualitativa; *Exaustividade*: contemplar todos os aspectos do roteiro; *Representatividade*: características essenciais; *Homogeneidade*: critérios precisos de temas, técnicas e atributos dos interlocutores; *Pertinência*: documentos sejam adequados aos objetivos da pesquisa. **Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos**: que consiste na retomada da etapa exploratória com a leitura exaustiva do material.

2^a etapa: exploração do material

Essa etapa visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, redução do texto às palavras e expressões significativas - categorias.

3^a etapa: tratamento dos resultados obtidos e interpretação

O pesquisador realiza interpretações e inter-relaciona-as com a literatura.

2.6 Aspectos éticos

Para realizar a pesquisa foram observados os princípios éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi inicialmente apresentado ao médico responsável pelo ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas e à enfermeira coordenadora dos ambulatórios do HUSM, no sentido de dar-lhes ciência da proposta de pesquisa e obter o apoio para realizar as entrevistas. Depois disso, o projeto foi encaminhado à coordenação de área do Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria a fim de obter a autorização institucional e o registro na Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE) (Anexo A). Concomitante a isto, o projeto foi registrado no Gabinete de Projetos de Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde.

Após a aprovação da DEPE do HUSM, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, a coleta de dados só iniciou após sua aprovação sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 10993912.6.0000.5346 (Anexo B).

Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado o termo de confidencialidade (Apêndice B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Após a sua leitura, o TCLE foi assinado pelo entrevistado e pelo pesquisador, ficando uma cópia com cada um.

Com o término da análise, o material gravado e transscrito ficará aos cuidados da pesquisadora, Prof^a Dra Margrid Beuter durante o período de 5 (cinco) anos, em um banco de dados, na sala dos professores nº1339 do Departamento de Enfermagem da UFSM, sendo posteriormente destruídos.

Salienta-se que o entrevistado não teve nenhum benefício ou ônus financeiro. Os resultados deste estudo poderão subsidiar as atividades desenvolvidas pelos profissionais, que atuam na cardiologia podendo justificar a inserção do enfermeiro nas consultas pós-operatórias no ambulatório. Pretende-se publicar os resultados dessa pesquisa em revistas científicas da área e apresentá-los à equipe da cardiologia do HUSM.

3 RESULTADOS

O formato de artigos foi determinado conforme preconizado pela norma de Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) vigente na instituição. O desenvolvimento do trabalho neste formato pode compreender artigos a serem submetidos, aceitos para publicação ou publicados em periódicos indexados. Os artigos elaborados estão organizados conforme as normas do periódico para o qual serão enviados (MDT, 2010, p. 37).

No quadro a seguir podem ser visualizados os detalhes dos artigos que serão apresentados.

ARTIGO	TÍTULO	OBJETIVO	CATEGORIAS
1 REVISTA DE PESQUISA CUIDADO É FUNDAMENTAL ONLINE QUALIS: B2	O COTIDIANO DE ADULTOS E IDOSOS APÓS A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	Descrever as evidências da literatura científica sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano de adultos e idosos submetidos à CRM, após a alta hospitalar.	Necessidades de cuidado após a revascularização do miocárdio; Fatores que influenciam negativamente o cotidiano após a CRM; Fatores que influenciam positivamente o cotidiano após a CRM
2 REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM QUALIS: B1	SIGNIFICADO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA PARA OS INDIVÍDUOS REVASCULARIZADOS	Conhecer o significado da CRM para indivíduos revascularizados.	Doença cardíaca é para pessoas idosas; Susto - risco de morte iminente; Melhora física e psíquica; Modificação da imagem corporal; Oportunidade de vida.
3 REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM QUALIS: A2	O COTIDIANO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E O CUIDADO DE SI	Descrever o cotidiano de indivíduos submetidos à CRM, no que tange ao cuidado de si.	O desconhecimento e o (des)cuidado de indivíduos revascularizados sobre sua saúde antes da CRM e A necessidade de cuidado de si de

			indivíduos revascularizados e as implicações no seu cotidiano após a CRM.
4 REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM QUALIS: A2	CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: MUDANÇAS NA VIDA DE INDIVÍDUOS E O CUIDADO DE SI	Analisar as mudanças provocadas pela CRM na vida de indivíduos revascularizados, visando o cuidado de si.	Agora eu me cuido; A mão dupla do cuidado; A imposição do cuidado; A valorização da vida; A atitude frente aos bens materiais; A atitude nos relacionamentos; e A família mais próxima.

Quadro 2 - Resultados

3.1 ARTIGO 1

**O COTIDIANO DE ADULTOS E IDOSOS APÓS A
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA**

O COTIDIANO DE ADULTOS E IDOSOS APÓS A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA
THE DAILY LIFE OF ADULTS AND ELDERLY AFTER MYOCARDIAL REVASCULARIZATION
EL COTIDIANO DE ADULTOS Y ANCIANOS DESPUÉS DE LA REVASCULARIZACIÓN
MIOCÁRDICA¹

RESUMO

Objetivo: Descrever as evidências sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano dos pacientes após a cirurgia de revascularização miocárdica.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, com coleta dos dados nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online* utilizando os descritores “revascularização miocárdica” and “alta do paciente” or “atividades cotidianas” or “reabilitação” or “ajustamento social”, em janeiro de 2013. Foram analisados 12 artigos que constituíram o *corpus* do estudo.

Resultados: Os resultados apontam que o dia a dia após cirurgia inclui a necessidade de mudanças no estilo de vida. As repercuções negativas da revascularização miocárdica incluem a ansiedade, depressão e acompanhamento médico e os fatores positivos a diminuição dos sintomas anginosos. **Conclusão:** Conclui-se que há carência de intervenções dos profissionais de enfermagem que contribuam na qualidade de vida dos indivíduos revascularizados, incentivando a autonomia na reconstrução da identidade. **Descritores:** Enfermagem, Revascularização Miocárdica, Cardiologia, Alta do Paciente, Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

Objective: To describe the evidence on care needs and factors that influence the daily life of patients after myocardial revascularization surgery. **Methods:** Integrative review of literature, with data collection at the database Latin Literature American and Caribbean Center on Health Sciences and Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online using the keywords "myocardial revascularization" and "patient discharge" or "everyday activities" or "rehabilitation" or "social adjustment" in January 2013. Were analyzed 12 articles that constituted the corpus of the study. **Results:** The results indicate that the day-to-day after surgery include the need for changes in lifestyle. The negative effects of myocardial revascularization include anxiety, depression and medical monitoring and the positive factors the decrease of anginal symptoms. **Conclusion:** Was conclude that there is

¹ Artigo aceito e configurado conforme as normas da revista de pesquisa Cuidado é Fundamental Online

a lack of assistance from nursing professionals who contribute to the quality of life of patients revascularized by encouraging autonomy in the reconstruction of identity.

Descriptors: Nursing, Myocardial Revascularization, Cardiology, Patient Discharge, Activities of Daily Living.

RESUMEN

Objetivo: Describirla evidencia sobre las necesidades de atención y los factores que influyen en la vida diaria de los pacientes después de la cirugía de revascularización miocárdica. **Métodos:** Revisión integrada de la literatura, con la recopilación de datos en las bases de Literatura Latina Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Medical Literature Analysisand Retrieval Sistem Online utilizando las palabras clave "revascularización miocárdica" y "descarga de paciente" o "actividades cotidianas" o "rehabilitación" o "ajuste social" en enero de 2013. Se analizaron 12 artículos que constituyen el corpus del estudio. **Resultados:** Los resultados indican que el día a día después de la cirugía incluyen la necesidad de cambios en el estilo de vida. Los efectos negativos de la revascularización miocárdica son la ansiedad, la depresión y la vigilancia médica y los factores positivos son la disminución de los síntomas anginosos. **Conclusión:** Se concluye que existe una falta de asistencia de los profesionales de enfermería que contribuyan a la calidad de vida de los pacientes revascularizados mediante el fomento de la autonomía en la reconstrucción de la identidad. **Descriptores:** Enfermería, Revascularización Miocárdica, Cardiología, Alta del Paciente, Actividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam as principais causas de morte no Brasil, sendo que no ano de 2010 as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 52,4 óbitos por 100.000 habitantes.¹ As patologias cardíacas afetam de maneira crescente a população em idade laboral, além de contribuírem para a perda de anos de vida saudável e de produtividade econômica.²

Dentre as doenças cardiovasculares, a doença isquêmica coronariana abrange os casos de angina instável e o infarto agudo do miocárdio, além de caracterizar-se por sintomas de isquemia miocárdica aguda que variam de acordo com o grau de estreitamento da luz arterial, formação do trombo e obstrução do fluxo sanguíneo para o miocárdio.³

O tratamento das doenças isquêmicas envolve altas tecnologias e exige, em alguns casos, a realização de Cirurgias de Revascularização do Miocárdio (CRM). Nesse procedimento cirúrgico, um vaso sanguíneo de outra parte do corpo é enxertado no vaso ocluído, de modo que o fluxo do miocárdio seja reestabelecido.³ O objetivo principal da

CRM é melhorar a qualidade de vida das pessoas operadas por meio da diminuição da sintomatologia da doença isquêmica, que envolve basicamente dor torácica e dispneia. Além de possibilitar o aumento da expectativa de vida e restaurar a possibilidade de desenvolver atividade física.⁴⁻⁵

Dentre as cirurgias cardíacas realizadas no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a CRM é a mais frequente.⁶ Estimou-se que no ano de 2011 foram realizadas 11.402 CRM, o que acarretou em um gasto de R\$ 86.886.47 para os cofres públicos.⁷ O sucesso dessa cirurgia é consequência do aperfeiçoamento dos profissionais e o desenvolvimento de novas drogas. Além disso, a realização de CRM certamente aumentará nos próximos anos devido à melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, a aceleração do envelhecimento populacional e o consequente aumento na incidência de doenças cardiovasculares.⁸

O indivíduo revascularizado passa por uma ruptura do fluxo cotidiano das atividades desempenhadas anteriormente por ele⁹ e o seu comportamento pós revascularização passa a ser preponderante no restabelecimento da saúde e manutenção da vida.¹⁰ Dessa forma, percebe-se a relevância dos enfermeiros atentarem para a maneira como as pessoas que vivenciaram a revascularização miocárdica dão continuidade à sua vida após o procedimento, de modo a facilitar a adaptação do paciente a sua nova rotina dentro dos limites impostos pela CRM.

Diante do exposto, tem-se como o objetivo do estudo descrever as evidências da literatura científica sobre as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano de adultos e idosos submetidos à CRM, após a alta hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo.¹¹

Nesse estudo foram realizados os seis passos da revisão integrativa.¹¹ Primeiro, foi realizada a identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa. Durante o segundo passo sucedeu o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Já na terceira etapa foram definidas as informações a serem extraídas utilizando-se um instrumento validado¹², que contempla dados relacionados com a referência, intervenção estudada, resultados, recomendações e conclusões. Nessa etapa, também, ocorreu à categorização dos níveis de evidência dos artigos pela classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt.¹³

Essa classificação apresenta sete níveis de evidência. No nível um, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível dois, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível três, evidências de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível quatro, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível cinco, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível seis, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível sete, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas obtidas. Vale destacar que, os níveis de evidência de cada artigo do *corpus* da pesquisa foram avaliados por três pesquisadores.

Na sequência foi desenvolvido o quarto passo, que trata da avaliação dos estudos incluídos. Na quinta etapa realizou-se a interpretação dos resultados e por último, na sexta fase, desenvolveu-se a síntese do conhecimento evidenciada nos artigos.

Para orientar o estudo foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Quais as necessidades de cuidado e fatores que influenciam no cotidiano de adultos e idosos submetidos à revascularização miocárdica após a alta hospitalar? A busca foi desenvolvida na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) utilizando os descritores "revascularização miocárdica" and("ALTA DO PACIENTE") or "ATIVIDADES COTIDIANAS") or "reabilitacao") or "AJUSTAMENTO SOCIAL" e nos idiomas em "ESPAÑOL" or "INGLES" or "PORTUGUES".

A busca dos estudos ocorreu em janeiro de 2013. Para selecioná-los, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas disponíveis gratuitos *online* na íntegra publicados até dezembro de 2012, em inglês, português ou espanhol. E como critérios de exclusão: artigos sem resumo ou aqueles que se apresentavam incompletos na base de dados e artigos de revisão. Desse modo, a busca possibilitou encontrar 58 produções, das quais 12 atenderam aos critérios que constituíram o *corpus* da análise (Figura 1).

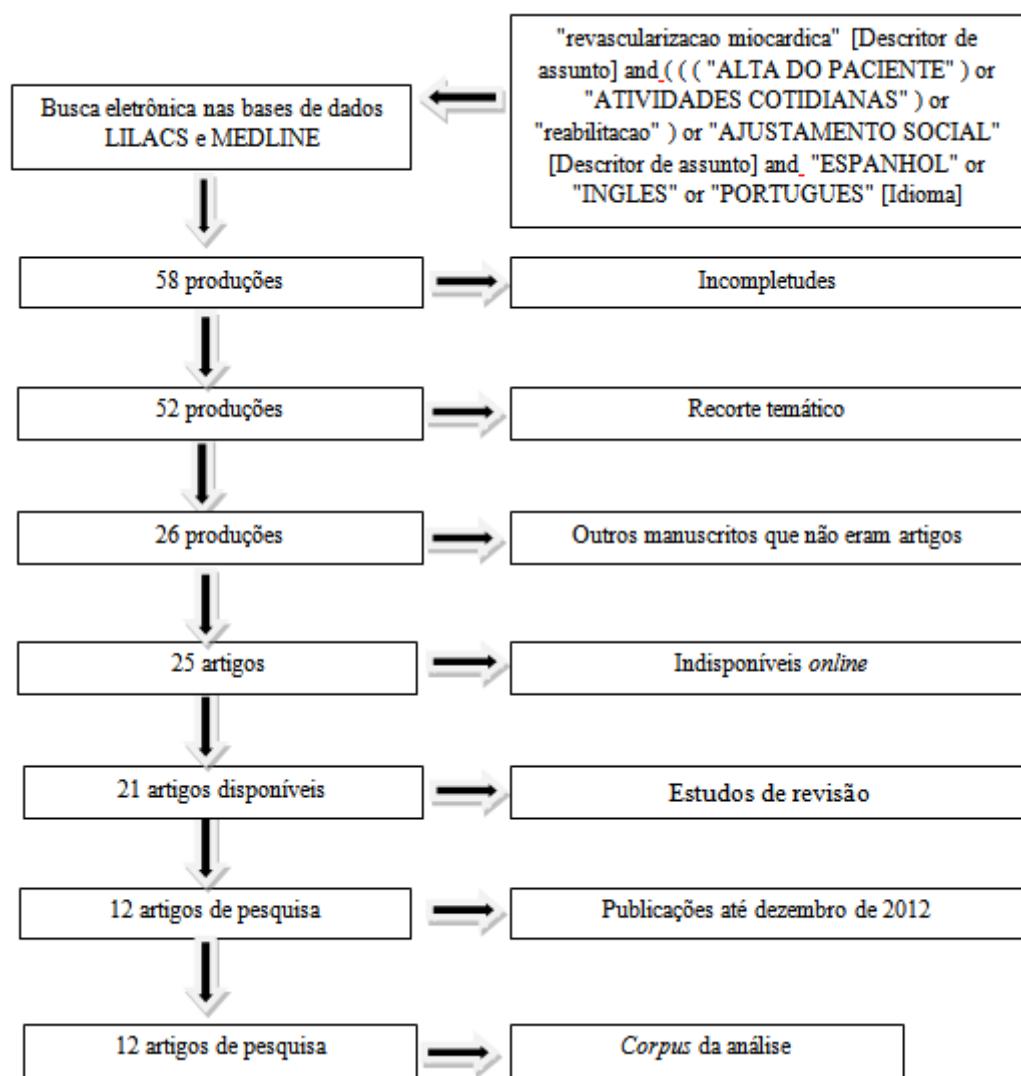


Figura 1- Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa analisou-se 12 artigos que atenderam aos critérios previamente estabelecidos. Quanto ao ano de publicação, verificou-se que variou de 1998 a 2012, havendo destaque ao ano de 2009, o qual apresentou três artigos. Referindo-se ao delineamento, dez dos artigos tiveram abordagem quantitativa, já as abordagens qualitativas e quali-quantitativas corresponderam a um cada. Quanto ao nível de evidência, destacou-se o nível de evidência seis, o qual teve sete artigos que eram descriptivos.

Em relação aos países de desenvolvimento da pesquisa, o Brasil destacou-se com cinco estudos, seguido dos Estados Unidos que realizou três e a Grécia, a Suíça, a Espanha e o Canadá com um artigo cada. Referente às áreas de conhecimento, a enfermagem destaca-se com seis, a medicina com cinco publicações e a fisioterapia com um estudo.

Autores	Ano de publicação	Área de concentração	Delineamento	Nível de evidência	País do estudo
Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. ¹⁴	2009	Enfermagem	Qualitativo	6	Brasil
Rodrigues GRS, Cruz EA. ¹⁵	2008	Enfermagem	Qualitativo-quantitativo	6	Brasil
Goncalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo FVC, Dornelas AA. ¹⁶	2006	Fisioterapia	Quantitativo	6	Brasil
Lima FET, Araújo, TL. ¹⁷	2005	Enfermagem	Quantitativo	6	Brasil
McGillion M, Arthur HM, Cook A, Carroll SL, Victor JC, L'allier PL, et al. ¹⁸	2012	Medicina	Quantitativo	1	Canadá
Drakos SG, Bonios M, Anastasiou-Nana MI, Tsagalou EP, Terrovitis JV, Kaldara E, et al. ¹⁹	2009	Medicina	Quantitativo	4	Grécia
Sanchis J, Bodí V, Núñez J, Mainar L, Núñez E, Merlos P, et al. ²⁰	2009	Medicina	Quantitativo	3	Espanha
Buser MA, Buser PT, Kuster GM, Grize L, Pfisterer M. ²¹	2008	Medicina	Quantitativo	2	Suíça
Lima FE; de Araujo TL. ²²	2007	Enfermagem	Quantitativo	6	Brasil
Moser DK, Dracup K. ²³	2004	Enfermagem	Quantitativo	6	Estados Unidos
Seto TB, Taira DA, Berezin R, Chauhan MS, Cutlip DE, Ho KK, et al. ²⁴	2000	Medicina	Quantitativo	2	Estados Unidos
Rowe MA, King KB. ²⁵	1998	Enfermagem	Quantitativo	6	Estados Unidos

Quadro 1 - Relação dos artigos da revisão de acordo com autores, ano de publicação, área de concentração, delineamento, nível de evidência e procedência.

Necessidades de cuidado após a revascularização do miocárdio

O processo de reabilitação após a cirurgia exige que o indivíduo mantenha hábitos saudáveis, faça uso das medicações prescritas, dentre outros cuidados. A necessidade de mudança no estilo de vida^{14-15,22}após a cirurgia foi evidenciada em artigos analisados como um fator que possui aspectos negativos e positivos sob a vida do indivíduo revascularizado. A cirurgia é um marco que significa uma possibilidade de renascimento do paciente, que surge como uma oportunidade de fazer diferente todos os hábitos que eram prejudiciais à saúde anteriormente ao desenvolvimento da doença cardíaca. A partir do momento em que os indivíduos vivenciam uma situação que os coloca em risco de morte, é aceitável que

após a nova “chance de vida” oferecida pela CRM, se manifeste o desejo da mudança comportamental e a alterações nos padrões de vida.²⁶

Por outro lado, a necessidade de mudança de hábitos alimentares que a cardiopatia exige, especialmente no sentido de assumir as limitações e de adotar mudanças no estilo de vida, é vista como algo incômodo e negativo, onde os desejos são reprimidos e as pessoas dividem-se entre a vontade e a proibição. Isso pode desmotivar o paciente a aderir ao tratamento e então há necessidade do trabalho educativo.²⁷

Outro fator que altera o cotidiano dos indivíduos após a realização da CRM é a modificação da renda familiar^{14,22}, a qual é evidenciada na literatura com aspectos positivos e negativos. Alguns pacientes, após a CRM apresentaram melhores condições de vida, o que possibilitou o retorno ao trabalho. A retomada da capacidade de desenvolver as atividades laborais anteriores a cardiopatia, contribui para a melhoria na renda familiar e assim, na melhora da autoestima.

Em outros casos a necessidade de afastamento do trabalho, gastos com medicamentos e com deslocamento levam a dependência financeira do paciente, além de colaborar para a piora da renda familiar. Muitas vezes, as limitações impostas pela CRM podem fazer com que os pacientes sintam-se desvalorizados e insatisfeitos devido a mudanças na percepção de seu papel dentro do contexto familiar, profissional e social.²⁷

Os problemas socioeconômicos como o desemprego, a aposentadoria por invalidez e a dependência de cuidados familiares decorrentes das limitações impostas pelas condições de saúde, são apontados pelos pacientes como significativos na qualidade de vida, uma vez que, o ato de trabalhar constitui a condição de ter saúde.²⁸

Há, também, aqueles pacientes que são a fonte de recursos financeiros da família e veem a CRM como uma garantia de que, após essa cirurgia será possível retomar atividades cotidianas realizadas antes do adoecimento e continuar a promover o bem-estar material da família.²⁸

Salienta-se que a melhora significativa nos aspectos físicos e mentais dos indivíduos após a cirurgia favorece o retorno expressivo ao trabalho, mas nem sempre é uma melhora suficiente para que o paciente retome suas atividades laborais com a mesma intensidade. Desse modo, os pacientes apresentam insatisfação relativa a trabalho, pois experimentam restrições para retornar a suas atividades, após a CRM, o que reflete na baixa autoestima.²⁸

Fatores que influenciam negativamente o cotidiano após a CRM

Dentre os fatores que influenciam negativamente na maneira como os indivíduos dão continuidade à sua vida após a cirurgia está o estado psíquico.²³⁻²⁴⁻²⁵ As manifestações mais comuns são a ansiedade e a depressão.²⁹

O fato de submeter-se à cirurgia de grande porte como a cirurgia cardíaca, por si só contribui para ansiedade. Isso acontece, principalmente, pelo fato do coração ser relacionado popularmente aos sentimentos, além de reportar a pensamentos de vida e morte.³⁰ A alta hospitalar, após a cirurgia cardíaca, pode ocasionar ansiedade no paciente e sua família devido ao surgimento de dúvidas ao assumirem cuidados que antes eram desempenhados pela equipe de saúde.³¹

Neste sentido, a enfermagem por meio de consultas individualizadas, antes e após a realização da cirurgia cardíaca, pode ser uma aliada na minimização de alterações psíquicas após a CRM. Estudo que utilizou protocolo de consultas de enfermagem, com avaliações sistemáticas para ansiedade e depressão, constatou que pessoas monitoradas regularmente tiveram menor percentual de ansiedade e depressão, após seis meses de acompanhamento.²⁹ O acompanhamento de enfermagem, também, pode ser realizado ambulatorialmente antes da realização da CRM, pois quando as questões psicológicas são observadas precocemente, é possível evitar o aparecimento transtornos psicológicos graves, que necessitem de intervenção farmacológica.³²

As repercussões psicoemocionais nos indivíduos que realizaram CRM, frequentemente estão associadas às limitações para atividade laboral, que podem gerar baixa autoestima nos indivíduos e sensação de inutilidade.⁹ A ansiedade, também, pode desencadear efeitos físicos e clínicos nos pacientes, pois quanto mais ansiosos os pacientes ficam após a cirurgia, maiores são os níveis de dor no pós-operatório e de permanência no hospital.³³ Assim, a dor e o desconforto torácico^{15,25} relativos à ferida operatória são geradores de dificuldade nos movimentos e demandam auxílio para a execução de algumas atividades, levando a perda da autonomia do indivíduo.

Compreende-se a dor como uma experiência subjetiva, complexa e pessoal, que apenas o indivíduo que sente poderá descrevê-la.³⁴ Apesar do avanço das drogas analgésicas e das técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor, esta ainda é considerada um importante problema no período pós-operatório.³⁵ É neste contexto que a enfermagem tem importante papel na orientação para alta desses indivíduos e no acompanhamento pós-alta, orientando estratégias de minimização da dor, como posição para dormir, cuidados ao tossir e caminhar, além do uso correto dos analgésicos conforme prescrição médica.

Evidenciou-se que a necessidade de acompanhamento médico contínuo e o uso de medicamentos^{14,22} são fatores que influenciam negativamente no cotidiano dos indivíduos

no pós operatório de CRM, principalmente, com questões de dificuldade de acesso e custos com o tratamento. Em estudo³⁶ que objetivou avaliar e identificar os fatores relacionados à adesão ao tratamento medicamentoso em idosos em seguimento ambulatorial a maioria dos sujeitos relatou que há falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde. Sabe-se que este fato pode comprometer a adesão ao tratamento, já que muitos indivíduos não possuem condições financeiras para adquirir o medicamento ou se deslocar até o hospital a fim de realizar um acompanhamento médico adequado.

A adesão ao tratamento da doença crônica necessita de acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional, a qual pode auxiliar os pacientes a terem acesso aos serviços de saúde. As condições econômicas desfavoráveis dos pacientes que realizaram CRM, também, interferem na terapia medicamentosa. Isso revela a necessidade de investimentos do poder público em estratégias que facilitem a efetivação do tratamento após cirurgia de pacientes com baixa renda.

Outro fator importante evidenciado como influente no cotidiano dos pacientes foi à perda da libido²² somado a problemas conjugais, os quais levam a não retomada das atividades sexuais após a cirurgia. Muitas vezes, o paciente em recuperação de doenças cardiológicas não retoma sua atividade sexual por falta de esclarecimentos e receio de sentir dor durante o ato. Além disso, as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre esse assunto são escassas e evasivas, pois muitos profissionais consideram o assunto íntimo e de difícil abordagem.³⁷⁻³⁸

Com a carência da abordagem por parte dos profissionais sobre a retomada da vida sexual após a revascularização, o indivíduo permanece com dúvidas sobre o assunto. Desse modo necessita encontrar sozinho o seu limite físico para realizar atividades sexuais ou também, essas indagações podem levá-lo a abolir a prática sexual de seu cotidiano.

Qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação das necessidades, carências e desejos dos indivíduos, como a sexualidade, a qual exige avaliação subjetiva.³⁹ O acompanhamento ambulatorial pode possibilitar um espaço para debate sobre o assunto de modo a proporcionar orientações sobre a atividade sexual e assim, melhorar a qualidade da vida sexual dos pacientes pós CRM.

Fatores que influenciam positivamente o cotidiano após a CRM

Dentre os fatores que influenciam no cotidiano de pessoas após a CRM, os artigos analisados evidenciaram que a diminuição dos sintomas anginosos reflete na qualidade de vida.^{14-15-16,18-19-20-21-22,24} Na percepção dos indivíduos revascularizados, possuir qualidade de vida é ter uma vida tranquila e feliz, com bem-estar, satisfação, saúde, harmonia familiar e vínculo empregatício.⁴⁰

A diminuição dos sintomas anginosos é almejada pelo indivíduo que se submete a CRM, pois o procedimento cirúrgico oferece significativa melhora na qualidade de vida quando comparada a indivíduos tratados clinicamente ou com angioplastia coronária.⁴¹ Diante da redução dos sintomas que a CRM proporciona aos revascularizados, observa-se uma melhora na convivência com a severidade da doença crônica e com as necessidades de cuidados que ela impõe.⁴²

Estudo revelou que a cirurgia cardíaca promoveu tolerância à prática de exercícios físicos pelos pacientes operados, pois eles conseguiram aumentar a distância que percorriam caminhando. Desse modo, o número de indivíduos fisicamente ativos pode crescer no pós operatório de CRM, uma vez que, eles não sentem-se cansados tão facilmente.⁴³

A melhora clínica e a qualidade de vida dos pacientes precisam ser consideradas em um contexto de acompanhamento contínuo multiprofissional.⁴⁴ É preciso assegurar aos pacientes, após a alta hospitalar, o recebimento de informações sobre os cuidados que devem ter em sua residência, adaptando-os aos seus limites físicos.³¹

Outra evidência dos fatores positivos no cotidiano de indivíduos revascularizados é o apoio familiar^{14,17,23}, o qual é relevante no processo de recuperação da cirurgia e no suporte para o desenvolvimento do cuidado dos indivíduos. As pessoas submetidas a CRM consideram a família importante para manter sua qualidade de vida.⁴⁰

O adoecimento de um membro da família afeta todos os seus membros e relacionamentos, como por exemplo, quando ocorre o infarto agudo do miocárdio em um membro da família, há uma organização e modificação no funcionamento familiar, além de unir membros que estavam afastados por meio do apoio emocional oferecido a qualquer membro da família que necessite.⁴⁵

A família contribui no enfrentamento dos problemas relacionados ao processo saúde e doença e também, nos problemas sociais que envolvem o cotidiano dos indivíduos que realizaram a CRM.⁴⁰ A realização dessa cirurgia tem como um dos aspectos essenciais para a reabilitação à presença da família. Os pacientes que realizaram CRM valorizam a presença dos familiares, desejam fazer coisas que ainda não fizeram na vida e almejam maior aproximação com os filhos.²⁶

Estudo revela que entre os membros da família, o cônjuge é uma das principais fontes de apoio ao paciente revascularizado, sendo ele considerado um indicador de suporte social para a recuperação pós cirurgia, uma vez que, o companheiro fornece apoio psicológico e incentivo, elevando assim, a autoestima do indivíduo após a CRM. A família pode facilitar a adesão ao tratamento por meio de apoio social, emocional e financeiro dos revascularizados.⁴⁶

A família pode auxiliar nos cuidados demandados no período pós operatório da CRM. O profissional ao conhecer os sentimentos que permeiam a alta hospitalar do paciente revascularizado, como a insegurança para realização dos cuidados na residência, pode oferecer orientações à família do indivíduo durante a hospitalização. Estas informações devem abranger conteúdos básicos sobre como agir após a alta hospitalar e podem ser oferecidas por meio de folders educativos, que visem facilitar o cotidiano em casa e incentivem a recuperação após a CRM.³¹

Torna-se imprescindível inserir os familiares no acompanhamento ao paciente revascularizado, uma vez que eles também necessitam de informações e apoio para lidar com as mudanças provocadas pela manifestação de uma cardiopatia em um membro da família. Os profissionais de saúde necessitam desempenhar seus papéis de educadores, considerando tanto as alterações físicas como as emocionais dos indivíduos que realizaram CRM e seus familiares. Eles terão que aprender a conviver com a enfermidade e suas limitações, dessa forma, pode-se estabelecer metas que estimulem o esforço e continuidade dos cuidados.^{31,46}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências da literatura analisada apontam para a necessidade de mudanças no estilo de vida da pessoa após a CRM. Identificou-se que os profissionais da saúde têm subsídios concretos que podem auxiliar no cotidiano dessas pessoas.

As necessidades de cuidado após a cirurgia incluem evidências sobre o uso de medicamentos e adoção de hábitos saudáveis. O cotidiano dessas pessoas sofreu alterações financeiras de acordo com o abandono ou retomada do trabalho desenvolvido profissionalmente.

Os fatores que influenciam negativamente o cotidiano após a revascularização miocárdica incluem as alterações do estado psíquico, como a ansiedade, depressão e perda da libido. No entanto, a diminuição dos sintomas anginosos foi identificada como uma influência positiva após a cirurgia, que proporciona bem-estar e reflete em melhor qualidade de vida.

O apoio familiar é importante nesse processo de recuperação, tendo em vista que a situação de adoecimento afeta todos os membros da família. Assim, destaca-se que a enfermagem, por meio das atividades de educação em saúde, pode proporcionar momentos de conversa sobre a necessidade de manutenção dos cuidados no período após alta hospitalar.

Nesta revisão percebeu-se que, embora tenham sido analisados diversos artigos da enfermagem, poucos trouxeram intervenções desses profissionais junto a indivíduos revascularizados com o intuito de auxiliá-los no processo de reabilitação pós-cirúrgica.

Compreende-se que com essas evidências é possível visualizar em que pontos há carências da intervenção profissional para contribuir na busca da qualidade de vida dos indivíduos revascularizados, seja em orientações ou até mesmo no suporte emocional necessário na fase de reabilitação, incentivo à busca da autonomia e reconstrução de sua identidade após esse evento impactante que é a CRM.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Brasília (DF); 2013. [citado 20 jan 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?edb2011/c08.def>.
- 2 Organización Panamericana de La Salud. Información y Análises de Salud: Situación de Salud em Las Américas: Indicadores Básicos. Washington, DC, Estados Unidos da América; 2009.
- 3 Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever HH. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
- 4 Souza DSR, Gomes WJ. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. Ver Bras Cir Cardiovasc. 2008; 23(3):III-VII.
- 5 Moraes F. Apologia ao uso da dupla mamária. Ver Bras Cir Cardiovasc. 2011; 26(4):VI-VII.
- 6 Piegas LS, Bittar OJNV, Haddad N. Cirurgia de revascularização do miocárdio. Resultados do Sistema Único de Saúde. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(5):555-60.
- 7 Teich V, Araujo DV. Estimativa de custo da Síndrome Coronariana Aguda no Brasil. Ver Bras Cardiol. 2011; 24(2):85-94.
- 8 Braile DM, Gomes WJ. Evolução da cirurgia cardiovascular. A saga brasileira. Uma história de trabalho, pioneirismo e sucesso. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(2):151-2.
- 9 Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4):750-6.
- 10 Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza-CE. Rev Rene. 2009; 10(3):37-43.
- 11 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008; 17(4):758-64.

- 12 Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enferm.* [periódico online] 2006 [citado 20 jan 2013]; 14(1):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17>.
- 13 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
- 14 Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. *Rev Eletr Enferm.* [periódico online] 2009 jun [citado 20 jan 2013]; 11(2):349-59. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a16.htm>.
- 15 Rodrigues GRS, Cruz EA. Estruturas das representações sociais dos ajustamentos social de indivíduos revascularizados do miocárdio. *Rev Enferm UERJ.* 2008 abr/jun; 16(2):230-5.
- 16 Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo FVC, Dornelas AA. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev Bras Fisioter.* 2006 jan/mar; 10(1):121-6.
- 17 Lima FET, Araújo, TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. *Rev Bras Enferm.* 2005 set/out; 58(5):519-23.
- 18 McGillion M, Arthur HM, Cook A, Carroll SL, Victor JC, L'allier PL et al. Management of patients with refractory angina: Canadian Cardiovascular Society. *Can J Cardiol.* 2012 mar/apr; 28(2 Suppl):S20-41.
- 19 Drakos SG, Bonios M, Anastasiou-Nana MI, Tsagalou EP, Terrovitis JV, Kaldara E et al. Long-term survival and outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. *Clin Cardiol.* 2009 aug; 32(8):E4-8.
- 20 Sanchis J, Bodí V, Núñez J, Mainar L, Núñez E, Merlos P et al. Efficacy of coronary revascularization in patients with acute chest pain managed in a chest pain unit. *Mayo Clin Proc.* 2009 apr; 84(4):323-9.
- 21 Buser MA, Buser PT, Kuster GM, Grize L, Pfisterer M. Improvements in physical and mental domains of quality of life by anti-ischaemic drug and revascularisation treatment in elderly men and women with chronic angina. *Heart.* 2008 nov; 94(11):1413-8.
- 22 Lima FE, Araujo TL. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. *Rev Gauch Enferm.* 2007 jun; 28(2):223-32.
- 23 Moser DK, Dracup K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom Med.* 2004 jul/aug; 66(4):527-32.

- 24 Seto TB, Taira DA, Berezin R, Chauhan MS, Cutlip DE, Ho KK et al. Percutaneous coronary revascularization in elderly patients: impact on functional status and quality of life. *Ann Intern Med.* 2000 jun; 132(12):955-8.
- 25 Rowe MA, King KB. Long-term chest wall discomfort in women after coronary artery bypass grafting. *Heart Lung.* 1998 may/jun; 27(3):184-8.
- 26 Remonatto A, Coutinho AOR, Souza ON. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. Ver *Enferm UFSM.* [periódico online] 2012 [citado 22 jan 2013]; 2(1):39-48. Disponível em:
<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829/3125>
- 27 Galter C, Rodrigues GC, Galvão ECF. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(3):255-8.
- 28 Dantas RAS, Rossi LA, Costa MCS, Vila VSC. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):163-88.
- 29 Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev Latino-Am Enferm.* [periódico online] 2010 [citado 22 jan 2013]; 18(3):34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf
- 30 Ponte KMA, Aragão AEA, Marques MB, Ferreira AGN, Vasconcelos MA, Silva MAM. Controle pressórico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Rene.* 2010; 11(4):118-26.
- 31 Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev eletr enferm* [periódico online] 2008 [citado 20 jan 2013]; 10(2):504-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>
- 32 Carneiro AF, Mathias LAST, Júnior AR, Morais NS, Gozzani JL, Miranda AL. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Rev Bras Anestesiol.* 2009; 59(4):431-8.
- 33 Garbossa A, Maldaner E, Mortari DM, Biasi J, Leguisamo CP. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009; 24(3):359-66.
- 34 Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & contexto enferm.* 2010; 19(2):283-90.
- 35 Andrade EV, Barbosa MH, Barichello E. Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta paul enferm.* 2010; 23(2):224-9.

- 36 Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciênc saúde colet. 2010; 15(7):3507-15.
- 37 Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Wittkopf PG. Atividade sexual após infarto agudo do miocárdio. Arq Cat de Med. 2011; 40(2):30-3.
- 38 Lunelli RP, Rabello ER, Stein R, Goldmeier S, Moraes MA. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? Arq Bras Cardiol. 2008; 90(3):172-6.
- 39 Viana HB, Madruga VA. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. Conexões Rev Faculdade de Educação Física UNICAMP. 2008 jul; 6 (ed. especial):222-33.
- 40 Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. Rev Latino am Enferm. [periódico online] 2008 [citado 22 jan 2013]; 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_01.pdf
- 41 Takiuti ME, Hueb W, Hiscock SB, Nogueira CRSR, Girardi P, Fernandes f et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(5):537-44.
- 42 Souza EN, Quadros AS, Maestri R, Albarrán C, Sarmento-Leite R. Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. Arq Bras Cardiol. 2008;91(4):252-9.
- 43 Nery RM, Martini MR, Vidor CR, Mahmud MI, Zanini M, Loureiro A et al. Alterações na capacidade funcional de pacientes após dois anos da cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2010; 25(2):224-8.
- 44 Nogueira CRSR, Hueb W, Takiuti ME, Girardi PBMA, Nakano T, Fernandes F et al. Qualidade de vida na revascularização miocárdica. Arq Bras Cardiol. 2008; 91(4): 238-44.
- 45 Wright L, Leahey M. Enfermeiras e Famílias. Guia de avaliação e intervenção na família. 5 ed. Editora Roca: São Paulo; 2012.
- 46 Lima FET, Magalhães FJ, Silva DA, Barbosa IV, Melo EM, Araujo TL. Alterações emocionais presentes nos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio. Rev Enferm UFPE On Line [periódico on line]. 2010 abr/jun [citado 22 jan 2013]; 4(2):785-91. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/976>

3.2 ARTIGO 2

SIGNIFICADO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA PARA OS INDIVÍDUOS REVASCULARIZADOS

SIGNIFICADO DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA PARA OS INDIVÍDUOS REVASCULARIZADOS²

RESUMO

Objetivou-se conhecer o significado da cirurgia de revascularização do miocárdio para indivíduos revascularizados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida em um ambulatório de cirurgias cardíacas de um hospital universitário do sul do Brasil. Participaram 10 sujeitos, através de entrevistas narrativas, no período de janeiro a abril de 2013, após realizou-se a análise temática. Os significados são expressos pelos temas: doença cardíaca é para pessoas idosas; susto - risco de morte iminente; melhora física e psíquica; modificação da imagem corporal; oportunidade de vida. Conclui-se que, cuidados com a saúde, não faziam parte da vida dos indivíduos antes da cirurgia. Depois de transcorrido o impacto inicial do diagnóstico e da realização da cirurgia, os sujeitos percebem os benefícios em suas vidas, favorecendo aos profissionais a inserção de estratégias motivacionais ao cuidado de si.

Descritores: Enfermagem, Cardiología, Revascularización Miocárdica, Autonomía Personal, Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Se objetivó conocer el significado de la cirugía de revascularización del miocardio para individuos revascularizados. Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada en un dispensario de cirugías cardíacas de un hospital universitario del sur de Brasil. Han participado 10 sujetos, por medio de entrevistas narrativas, entre enero y abril de 2013, después se ha realizado el análisis temático. Los significados son expresados por los temas: enfermedades cardíacas son para personas ancianas; susto – riesgo de muerte inminente; mejora física y psíquica; modificación de la imagen corporal; oportunidad de vida. Se

² Artigo configurado conforme as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem

concluye que cuidados con la salud no formaban parte de la vida de los individuos antes de la cirugía. Tras haber ocurrido el impacto inicial del diagnóstico y de la realización de la cirugía, los sujetos perciben los beneficios en sus vidas, favoreciendo a los profesionales la inserción de estrategias motivacionales al cuidado de sí.

Descriptors: Enfermería, Cardiología, Revascularización Miocárdica, AutonomíaPersonal, Atención de Enfermería.

Título: Significado de la cirugía de revascularización miocárdica para individuos revascularizados.

ABSTRACT

The objective was to know the meaning of surgery of revascularization of myocardium to revascularized individuals. It is a qualitative search, developed in an ambulatory of cardiac surgeries at a university hospital in South of Brazil. The participants were 10 subjects through narrative interviews, in period between January and April of 2013, after it was performed a thematic analysis. The meanings are expressed by the themes: heart disease is to elderly; scare – risk of imminent death; physical and psychic improvement; modification of corporal image, opportunity of life. It is conclude that cares with health are not part of life of individuals before surgery. After the initial impact of diagnoses and after surgery, the subjects realized the benefits in their lives, favoring to the professionals the insertion of motivational strategies to self-care.

Descriptores: Nursing, Cardiology, Myocardial Revascularization, Personal Autonomy, Nursing Care.

Title: Meaning of surgery of myocardial revascularization to revascularized individuals.

INTRODUÇÃO

A aceleração do envelhecimento populacional, a facilidade de acesso da população ao sistema de saúde e ao diagnóstico e o aumento na incidência de doenças cardiovasculares, resultará em uma maior demanda de pacientes por cirurgias cardiovasculares nos próximos anos⁽¹⁾. Há pouco mais de quatro décadas a cirurgia cardíaca, tal qual é praticada, atualmente, começou a se delinear e, desde então, o progresso tem sido expressivo⁽²⁾.

O tratamento cirúrgico da Doença Arterial Coronária (DAC), a chamada Cirurgia de Revascularização Miocárdica (CRM), ou ainda, ponte de safena, provavelmente hoje se constitui o assunto mais estudado dentre todas as especialidades médicas, sendo ainda, uma excelente opção terapêutica para o tratamento das DAC. A CRM passa por um momento de transformação, com cirurgias que utilizam apenas enxertos arteriais, sem o uso da circulação extracorpórea, realizadas de maneira minimamente invasiva, com o auxílio da robótica⁽³⁾.

Nos últimos anos ocorreu uma redução na mortalidade de pacientes submetidos à CRM. Essa redução deve-se a vários fatores, entre eles o aperfeiçoamento dos profissionais, o desenvolvimento de novas drogas e a melhoria da qualidade de vida da população⁽¹⁾. Apesar de todos esses benefícios, a realização da CRM ainda gera estresse para o indivíduo que passa por esse procedimento, tornando-o vulnerável tanto no pré quanto no pós-operatório, o que pode prejudicar a sua recuperação⁽⁴⁾. Além disso, sentimentos de vulnerabilidade podem influenciar na forma como esse indivíduo desenvolve o cuidado de si e segue sua vida após a CRM.

O índice de desenvolvimento de problemas psíquicos como depressão e ansiedade, em sujeitos que se submeteram a CRM é elevado⁽⁵⁻⁸⁾. Sintomas depressivos repercutem na diminuição do exercício da autonomia dessas pessoas, o que pode favorecer o isolamento, e o adoecimento⁽⁵⁾, além de diminuir a adesão ao tratamento^(7,9). Isso reforça a necessidade de atenção por parte dos profissionais, para além das questões clínicas relativas ao procedimento

cirúrgico, que devem incluir o indivíduo no cuidado de si, para reforçar sua autonomia nesse processo que tem diversos significados.

O avanço científico do século XX desmistificou o coração como sede da alma, colocando-o em um patamar hierárquico não muito distante dos demais órgãos do corpo⁽²⁾. Porém, na experiência profissional, atuando diretamente com pessoas que se encontram em iminência de realizar a CRM, ou daqueles que já passaram pelo procedimento, observa-se que ainda existem alguns mitos e medos relativos ao “órgão vital”, o coração. Nesse sentido, comprehende-se que os significados atribuídos à CRM, pelas pessoas que a realizaram, podem influenciar no exercício do cuidado de si.

Dessa forma, torna-se pertinente a investigação, destes significados, pois se entende que através desse conhecimento seja possível realizar uma abordagem no sentido de estimular o cuidado de si e a retomada da vida de maneira plena e autônoma desses sujeitos. Portanto, tem-se como questão norteadora da pesquisa: Qual o significado da CRM para indivíduos revascularizados? Para tanto, esse estudo tem o objetivo de conhecer o significado da CRM para indivíduos revascularizados.

METODOLOGIA

O trabalho caracterizou-se como pesquisa de campo, qualitativa, descritiva do tipo exploratória. A pesquisa foi realizada com dez indivíduos que se submeteram a cirurgia de revascularização miocárdica em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul. Foram incluídas, pessoas que haviam realizado cirurgia de revascularização do miocárdio no HUSM no período de, no máximo, 120 dias, que tinham consulta agendada no ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas durante o período de coleta de dados, que estavam lúcidos, orientados e em condições de expressar-se verbalmente. O período mínimo de pós-operatório foi de 27 dias e o máximo de 113 dias.

Para selecionar os sujeitos, foi acessada à agenda *online* de marcações de consultas, identificando-se, no prontuário, os que atendiam aos critérios de inclusão. Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa por meio de um contato telefônico prévio, realizado pela pesquisadora. Com o aceite, foi combinado o momento oportuno para realização da entrevista.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sigilo foi preservado e, para identificação das entrevistas, utilizou-se uma codificação, a letra E de entrevistado, e números subsequentes que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada, como, por exemplo, E1, E2... E10.

A pesquisa atendeu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾, seguiu os trâmites necessários para o andamento de pesquisa com seres humanos, e foi registrada pelo Comitê de Ética da universidade vinculada ao projeto, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 10993912.6.0000.5346.

As entrevistas foram realizadas em uma sala do próprio ambulatório, ambiente que garantiu silêncio e privacidade. Tratou-se de entrevistas narrativas, que aconteceram no período de janeiro a abril de 2013. Nesse tipo de entrevista, o entrevistado conta a história sobre os acontecimentos de sua vida e do contexto social⁽¹¹⁾.

Utilizou-se um gravador digital, com o consentimento prévio dos sujeitos, os depoimentos foram transcritos para um arquivo de computador para a análise dos dados. Também foi realizada consulta ao prontuário para levantamento de dados clínicos e sociodemográficos.

As entrevistas foram suspensas considerando o critério de saturação dos dados, compreendendo que novos indivíduos pouco acrescentariam aos dados obtidos⁽¹²⁾. Posteriormente, realizou-se a análise temática⁽¹³⁾, constituindo-se de três etapas: 1^a etapa- pré-

análise: acontece a escolha dos documentos a serem analisados e retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. 2^a etapa- exploração do material: visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, redução do texto às palavras e expressões significativas, definição de categorias. 3^a etapa- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: momento em que o pesquisador realiza interpretações e inter-relaciona-as com a literatura.

RESULTADOS

Os sujeitos desse estudo foram adultos com idades que variaram de 45 a 58 anos. Quanto ao sexo, três eram mulheres e sete homens. Seis eram casados, um solteiro, dois divorciados e um viúvo. Todos tinham no mínimo uma comorbidade, dentre elas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias e tabagismo. Quanto ao número de artérias revascularizadas, um sujeito revascularizou uma, quatro revascularizaram três e cinco revascularizaram quatro artérias.

O significado da CRM na voz dos indivíduos revascularizados resultou em sete temas: doença cardíaca é para pessoas idosas; susto - risco de morte iminente; melhora física e psíquica; modificação da imagem corporal; nova oportunidade de vida; tenho mais anos de vida; e salvou minha vida. Os temas estão apresentados a seguir.

Doença cardíaca é para pessoas idosas

Os sujeitos ao buscarem o significado da CRM se reportam a fatos que antecederam este evento. Para eles preocupações com o coração não faziam parte do cuidado de si de pessoas adultas, pois associam esses problemas com a idade avançada. Portanto, a necessidade da CRM apresentou-se como uma surpresa, pois este tipo de cirurgia é associado com pessoas idosas e esses sujeitos não se encontravam nesta faixa etária.

Até então eu sempre dizia – do coração eu não vou morrer, posso morrer de qualquer coisa, mas do coração não. Foi um susto muito grande, até hoje ainda quando eu fico só, fico parada, fico pensado. – meu Deus que “trote” que meu coração me deu hein? (E4)

A gente tinha uma ideia que o problema cardíaco só existia entre as pessoas idosas, não, hoje eu vejo que não, né! Pessoas muito novas, muito novas mesmo, já com problemas seríssimos, muitas vezes, piores que os meus. (E6)

Contei para ele (médico) que estava me dando aquelas dores fortes no peito, aí ele me disse que era coisa do coração. Não acreditei! Achei que só dava em pessoas mais idosas e eu era novo [...] e o pior é que eu tinha mesmo! E estava bem adiantado. No dia que vim aqui fazer o cateterismo, que o médico me disse que eu tinha que fazer (a cirurgia), levei um choque. Bah! Fui muito nervoso para casa, mas depois eu vi que tinha que fazer, não adiantava não aceitar. (E9)

Susto - risco de morte iminente

Os sintomas relativos à doença arterial coronariana fazem com que os sujeitos considerem a possibilidade de morte iminente. Além disso, o coração é compreendido como um órgão complexo e suas patologias reportam a sentimentos de finitude. A CRM também é vista como um procedimento delicado, fazendo com que os sujeitos tenham medo de morrer ao submeterem-se a esta cirurgia.

Mas credo... eu me vi morta! Achei que eu... tinha quase que certeza que ia morrer quando estava a caminho do hospital, sabe! (E4)

Eu vim lá da minha cidade em uma ambulância sem recurso nenhum! só eu e a guria, né!, Pelo jeito que cheguei aqui! Só Deus mesmo! (E5)

Foi uma “baita” (grande) cirurgia... lidar com o coração da pessoas não é fácil, tchê! Eu me preocupei, assim, porque achava que ia morrer [...] a gente agarrar e colocar na cabeça: olha vou morrer, tchê! A gente fica preocupado. (E7)

[...] tu tens um limite, né! A vida. Quando entrei na sala de cirurgia, achei que não saia. Mesmo levando na brincadeira assim, com toda sinceridade, imaginei que eu não saia. (E10)

Melhora física e psíquica

A diminuição ou ausência dos sintomas após a CRM faz com que os sujeitos percebam uma mudança para melhor na sua condição de saúde. A CRM representa um marco, uma nova possibilidade de vida, restaurando a alegria de viver.

Foi uma mudança em minha vida para melhor, que eu não tenho mais falta de ar, cansaço. Caminhei ontem. Não senti nada. Sentia cansaço antes da cirurgia e chiado no peito, aquilo era direto, e agora não, não ronco pra dormir, não chia o peito. (E1)

É uma nova vida porque eu vou te dizer, do jeito que eu estava vivendo, estava morrendo. Estava tudo entupido. O sangue teria que estar esguichando. Vamos dizer que uma veia como o meu dedo assim, estava esguichando um pouquinho... Eu dava dois passos, estava parando, sabe! Fiz uma cirurgia. Passei assim, por aquele processo, não é fácil! Ter que recuperar. É uma coisa que marca a tua vida, mexe contigo, muda tua vida, e tem que ter consciência.(E2)

Depois da cirurgia, eu estou bem melhor do que antes. Agora estou bem, mais faceiro, mais feliz, porque agora eu vou me cuidar, vou ficar bem, né.(E9)

Depois da cirurgia, realmente, eu sinto que é uma nova vida. Senti isso aí assim, na pele. Antes da cirurgia sofria desse problema de caminhar. Sentia que eu não tinha uma vida saudável, pela minha idade a coisa estava preocupante. (E6)

Modificação da imagem corporal

A imagem corporal pode ser modificada após a cirurgia. As cicatrizes que ficam parecem lembrar, a todo o momento, o procedimento realizado. O fato de sentirem-se bem após a cirurgia, pode ajudar no resgate da autoestima dos sujeitos. No entanto, a imagem corporal alterada pode ter influência negativa ou positiva na vida do indivíduo revascularizado.

Ah! Deus me livre! A cirurgia foi muito apavorante para mim. Os cortes, as cicatrizes que vão ficar, na perna, no peito, é tudo muito difícil para mim. Porque eu era muito vaidosa, estava sempre cuidando de mim e coisa assim, e de repente me deparo com o meu corpo assim... (E4)

Eu me senti uma mulher assim, 90% renovada. Porque antes da cirurgia, eu estava em um lugar, ficava toda desconfiada, porque os outros ficavam me olhando. Será que eu estou feia? Hoje me acho bonita por fora e linda dentro, elegante, mesmo gordinha, uma barriguinha aqui, outra ali, mas estou me sentindo bem. (E8)

Oportunidade de vida

A CRM é caracterizada pelos sujeitos, como um instrumento que possibilitou salvar sua vida. Além disso, consideram a CRM como uma nova chance, uma nova oportunidade concedida por Deus. Acreditam que os anos “ganhos” podem ser de um tempo para deixar uma imagem melhor e um meio de preparar-se para a morte.

Salvou a minha vida, né... Tu imagina... tinha que ter sido feita, se não fosse a cirurgia eu teria morrido. Acho que ela salvou a minha vida. (E4)

Penso que Deus me deu a vida de novo, né! E os médicos que me ajudaram, deram força, mas é isso aí [...] Graças à Deus, estou viva! (E5)

Vejo a cirurgia como uma janela, um tempo de até deixar uma imagem melhor aqui, eu me sentir melhor. Não que eu não estivesse preparado com essa história da morte, mas vai mais tranquilo, se um dia vier, vai vir bem... (E10)

DISCUSSÃO

Os sujeitos desse estudo não cogitavam desenvolver a doença arterial coronariana e muito menos, submeter-se a uma intervenção cirúrgica cardiológica, por não serem idosos. Assim, o cuidado de si parece não envolver preocupações relacionadas à prevenção das doenças cardiovasculares.

A idade parece dar certo conforto às pessoas, que acreditam que a juventude é garantia de saúde e isenção de doenças, principalmente àquelas tidas, culturalmente, como exclusivas da população idosa, como, por exemplo, as cardiovasculares. Essa impressão de ser “inatingível”, comum nas pessoas mais jovens, pode influenciar no cuidado que os indivíduos têm com sua saúde e na maneira como desempenham suas atividades ao longo da vida. Estudo⁽¹⁴⁾ salienta que o comportamento das pessoas pode ser influenciado por suas crenças e relacionado à percepção subjetiva do risco de contrair determinada condição ou doença.

A saúde parece não ser uma preocupação frequente na vida desses sujeitos, antes de apresentarem os sintomas iniciais, o que fez com que o diagnóstico de doença arterial coronariana e a informação da necessidade de realização da CRM fosse recebida com surpresa, pelos pacientes. Na dimensão do cuidado de si, manifesta-se o descaso com o próprio cuidado quando o corpo é equiparado a uma máquina, e o indivíduo vendo-se como uma máquina, só irá cuidar-se quando o corpo manifestar algum sintoma⁽¹⁵⁾. Isso porque, as pessoas geralmente, não têm incorporada em suas vidas, a cultura da prevenção de doenças. Assim, os sintomas cardiológicos parecem sinalizar, para os sujeitos, a necessidade de cuidado de si.

Embora haja estudos⁽²⁾ que afirmem que o coração já foi desmistificado como o centro da alma, como o órgão vital, o diagnóstico de doença cardiológica foi relacionado com a iminência e o medo da morte. De maneira semelhante, outro estudo⁽¹⁶⁾ também reportou que a descoberta do problema cardiológico foi marcado por espanto e receio da morte pelos pacientes.

Na percepção dos sujeitos, a CRM é um procedimento complexo e de difícil execução, isso faz com que seja relacionada à possibilidade da morte. Esta relação se justifica, pois é um procedimento que traz riscos para a vida, devido a necessidade de manipulação das artérias coronárias. É preciso destacar que, na atualidade, em alguns grandes centros mundiais, já

houve muitos avanços da técnica nas cirurgias cardiovasculares, com auxílio da robótica, tornando-as menos invasivas, com melhor estética, possibilitando uma recuperação mais rápida e com menor tempo de internação. No entanto, estas inovações tecnológicas ainda não se constituem na realidade da maioria das unidades cardiológicas intensivas.

Assim, a CRM gera ansiedades no paciente, que estão relacionadas diretamente com a morte, já que esse é o mito antigo que ainda envolve o procedimento⁽³⁾. Outro estudo⁽¹⁶⁾, salienta que o momento considerado mais difícil pelos pacientes foi aquele em que estavam na maca a caminho do centro cirúrgico, sentiam insegurança por não saberem qual seria o desfecho, tinham medo de morrer e de deixar a família.

O transcorrer dos dias de pós-operatório parece diminuir o temor de morte iminente, sendo constatados, pelos indivíduos, os benefícios que a cirurgia agregou em suas vidas. Assim, significam a cirurgia como um marco importante na vida, uma mudança para melhor em todos os sentidos, com alívio dos sintomas da DAC e melhoria na qualidade de vida.

O fato de sentirem as mudanças e melhorias em sua vida, tanto física quanto psíquica, após a CRM, faz com que os sujeitos percebam a necessidade de, nesse momento, prestarem mais atenção em sua saúde e na importância do cuidado de si. Resultado semelhante foi evidenciado em estudo⁽¹⁷⁾ em que os sujeitos eram diabéticos submetidos a amputação, sendo observado que o cuidar de si era negligenciado antes da cirurgia. Ao passo que, após o ato cirúrgico, os indivíduos perceberam a necessidade de valorizar seu corpo, e o cuidado de si tornou-se fundamental. Esses sujeitos reconheceram que, quando estavam saudáveis, não se importavam com seus corpos e o constante ato de cuidar de si era deixado de lado.

Após a realização da CRM pode ocorrer uma modificação da imagem corporal, que pode ser tanto negativa quanto positiva. As marcas deixadas pelas cicatrizes no corpo das pessoas, podem fazer com que o processo de recuperação se torne mais difícil de ser

enfrentado. As cicatrizes parecem ficar como uma espécie de lembrete, um estigma, “agora você é uma pessoa doente”.

O corpo reproduz uma imagem, expressando conquistas, derrotas, anseios e alegrias, e algumas pessoas são obcecadas pela imagem que ele reproduz. Para essas, aceitar as marcas impressas por cicatrizes cirúrgicas extensas causa sofrimento⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, pelo fato da pessoa sentir-se bem, após a cirurgia, pode haver uma melhora da autoestima. A alteração no corpo deixada pela cicatriz cirúrgica poderá ser vista como depreciação ou valorização da imagem corpórea, dependendo da estrutura psicológica de cada um e da influência exercida pelo seu meio sociocultural⁽¹⁸⁾.

A CRM também foi compreendida pelos sujeitos como uma nova oportunidade de vida concedida por Deus, por meio da atuação dos profissionais de saúde. Isto foi identificado em outro estudo⁽¹⁹⁾, em que os sujeitos percebiam a CRM como uma chance de fazer tudo novo de novo, como se uma nova etapa começasse em sua vida.

Os sujeitos manifestam que a CRM ofereceu a oportunidade de modificar alguns aspectos de sua vida. A decisão de cuidar de si exige uma atitude comprometida com sua saúde, buscando novas possibilidades de satisfação pessoal⁽²⁰⁾. Assim, os profissionais de saúde podem explorar essa situação, no sentido de mediar o desempenho do cuidado de si, para que esses sujeitos assumam uma postura de cuidados com sua vida e sua saúde, o que antes da cirurgia não acontecia.

Dessa forma, o profissional de enfermagem pode configurar-se como uma pessoa que apoie, estimule e conscientize esse sujeito no desempenho do cuidado de si, utilizando-se desse momento pós CRM em que as pessoas estão motivadas por terem recebido essa “nova oportunidade” de vida, para efetivamente modificar seus hábitos e ampliar sua expectativa de vida com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos revascularizados significam a CRM de diversas formas. Inicialmente torna-se evidente que o cuidado de si não estava incorporado à vida dessas pessoas. Os sujeitos não se atentavam para prevenções de doenças cardiológicas, pois tinham a crença de que esse tipo de patologia era restrita à população idosa. Assim, a necessidade da realização da CRM foi recebida com surpresa pelos sujeitos.

Além disso, os sujeitos relacionaram a CRM com risco de morte iminente e a possibilidade de morrer foi considerada um dos momentos mais difíceis desse processo.

Passados alguns dias da CRM, os indivíduos revascularizados percebem a melhora física e psíquica proporcionada pela cirurgia, manifestam que recuperaram a alegria de viver. A CRM também é responsável pela modificação da imagem corporal que pode ser tanto positiva quanto negativa.

A CRM é significada pelos sujeitos como uma nova oportunidade de vida, o “ganho” de alguns anos a mais e como tendo salvado a vida. Percebem que não viveriam por muito tempo e não teriam qualidade de vida se não realizassem a cirurgia.

Compreende-se que os profissionais de saúde, poderiam valer-se desse momento de motivação e alegria sentida pelos sujeitos, para estimular e proporcionar espaços de discussão no estímulo ao cuidado de si e desempenho da autonomia dos sujeitos, visando uma vida com qualidade e independência após a CRM.

Salienta-se a importância de pesquisas como essas, que visualizem o sujeito revascularizado nos aspectos psicossociais, tão importantes no pós-operatório quanto os aspectos clínicos relativos ao procedimento, para garantirem a eficácia da cirurgia.

REFERÊNCIAS

- 1 Braile DM, Gomes WJ. Evolução da Cirurgia Cardiovascular. A Saga Brasileira. Uma História de Trabalho, Pioneirismo e Sucesso. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 94(2): 151-52.

- 2 Braile DM, Godoy MF. História da cirurgia cardíaca no mundo. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2012; 27(1):125-34.
- 3 Dallan LAO, Jatene FB. Revascularização miocárdica no século XXI. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2013; 28(1):137-44.
- 4 Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 jan.-fev; 21(1):[08 telas].
- 5 Carneiro AF, Mathias LAST, Júnior AR, Moraes NS, Gozzani JL, Miranda AP. Avaliação da Ansiedade e Depressão no Período Pré-Operatório em Pacientes Submetidos a Procedimentos Cardíacos Invasivos. Rev. Bras. Anestesiol. 2009; 59: 4: 431-38.
- 6 Garbossa A, Maldaner E, Mortari DM, Biasi J, Leguisamo CP. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2009; 24(3): 359-66.
- 7 Lima FET, Magalhães FJ, Silva DA, Barbosa IV, Melo EM, Araújo TL. Emotional alterations gifts in the patients who underwent coronary artery bypass. Rev. enferm. UFPE On Line. 2010 abr./jun;4(2):785-91.
- 8 Douki ZE, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, Shahhosseini Z, Tabary SZ, Mohammadpour RA, et al. Anxiety Before and after Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Relationship to QOL. Middle-East Journal of Scientific Research. 2011; 7 (1): 103-08.
- 9 Dessotte CAM, Silva FS, Bolela F, Rossi LA, Dantas RAS. Presença de sintomas depressivos em pacientes com primeiro episódio de síndrome coronariana aguda. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 jan.-fev; 21 (1):[07 telas].
- 10 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

- 11 Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8^a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- 12 Fontanella BJB; Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 Jan; 24 (1): 17-27.
- 13 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^aed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- 14 Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(12):3371-83.
- 15 Baggio MA, Erdmann AL. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 set-out; 18(5):[08 telas].
- 16 Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(4): 750-756.
- 17 Silva SED, Padilha MI, Rodrigues ILA, Vaconcelos EV, Santos LMS, Souza RF, et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. Rev. Bras. Enferm. 2010 maio-jun; 63(3): 404-9.
- 18 Silva-Souza RH, Mantovani MF, Labronici LM. The illness feeling in the preoperative of cardiac surgery - a phenomenological study. Online braz. J. nurs. [online]. 2006 August [acesso 2013 Oct 21]; 5 (2): Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/403>.
- 19 Remonatto A, Coutinho AOR, Souza EM. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós alta hospitalar: implicações para a enfermagem. Rev. Enferm. UFSM. 2012 Jan/Abr; 2(1):39-48.
- 20 Roso CC, Beuter M, Kruse MHL, Girardon-Perlini NMO, Jacobi CS, Cordeiro FR. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. Texto Contexto Enferm. 2013 Jul-Set; 22(3): 739-45.

3.3 ARTIGO 3

O COTIDIANO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E O CUIDADO DE SI

**O COTIDIANO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA E O CUIDADO DE SÍ³**

**THE DAILY ROUTINE OF INDIVUALS SUBMITTED TO SURGERY OF
MYOCARDIAL REVASCULARIZATION AND THE SELF-CARE**

**EL COTIDIANO DE INDIVIDUOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA Y EL CUIDADO DE SÍ**

³ Artigo configurado conforme as normas da Revista Brasileira de Enfermagem

RESUMO

Essa pesquisa teve por objetivo descrever o cotidiano de indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, no que tange ao cuidado de si. Participaram do estudo 10 sujeitos que realizaram essa cirurgia em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul-Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a entrevista narrativa para coleta de dados que foram tratados pela análise temática. Emergiram as categorias: o desconhecimento e o (des)cuidado de indivíduos revascularizados sobre sua saúde antes da cirurgia e a necessidade de cuidado de si de indivíduos revascularizados e as implicações no seu cotidiano após a cirurgia. Conclui-se que o cuidado de si em sua íntima relação com a autonomia deve ser estimulado pelos profissionais de saúde. O enfermeiro pode propor diálogos e o compartilhamento de dúvidas e inquietações entre os sujeitos, contribuindo na melhoria das condições de vida e na efetiva recuperação.

Descritores: Atividades Cotidianas, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Cardiologia, Revascularização Miocárdica.

ABSTRACT

This search had as objective to describe the daily of individuals submitted to surgery of myocardial revascularization, about the self-care. The participants of study were 10 subjects that made the surgery in a public hospital in Rio Grande do Sul-Brazil. It is a qualitative study that used the narrative interviews to collect data that were dealt by the thematic analysis. The categories emerged were: the unawareness and the (lack of) care of revascularized individuals about their health before the surgery and the need of care of themselves and the implications in their routine after the surgery. It is concluded that the self-care in its intimate relation with the autonomy should be stimulated by the health professionals. The nurse can to propose dialogues and sharing of doubts and among the subjects, contributing to the improvement of conditions of life and in the effective recovering.

Key words: Activities of Daily Living, Nursing, Nursing Care, Cardiology, Myocardial Revascularization.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo describir el cotidiano de individuos sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, respecto al cuidado de sí. Participaron del estudio 10 sujetos que realizaron esa cirugía en un hospital público del interior de Río Grande del Sur – Brasil. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó una entrevista narrativa para la recolección de datos, que fueron tratados por análisis temático. Surgieron las categorías: el desconocimiento y el (des)cuidado de individuos revascularizados sobre su salud antes de la cirugía y la necesidad de cuidado de sí de individuos revascularizados y las implicaciones en su cotidiano tras la cirugía. Se concluye que el cuidado de sí en su íntima relación con la autonomía debe ser estimulado por los profesionales de salud. El enfermero puede proponer diálogos y compartir dudas e inquietudes entre los sujetos, contribuyendo para la mejora de las condiciones de vida y en la efectiva recuperación.

Palabras clave: Actividades Cotidianas, Enfermería, Atención de Enfermería, Cardiología, Revascularización Miocárdica.

INTRODUÇÃO

As doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 99.955 óbitos no Brasil, em 2010, sendo patologias crônicas, que necessitam ser foco de discussões na área da saúde⁽¹⁾. Os indivíduos acometidos por essas patologias, muitas vezes, estão em pleno exercício de sua vida ativa e laboral e esse evento, geralmente, surge de maneira inesperada, exigindo a busca do tratamento de forma imediata.

Entre os tratamentos existentes para as doenças isquêmicas do coração, tem-se o tratamento clínico-medicamentoso, angioplastias coronárias percutâneas e as cirurgias de revascularização miocárdica (CRM). No ano de 2011, foram realizadas no Brasil, cerca de 100 mil cirurgias cardíacas, sendo 50 mil com circulação extra-corpórea. Dessas, mais da metade foram de revascularização miocárdica⁽²⁾. Busca-se com a realização da CRM resultados satisfatórios a longo prazo, como evitar a recorrência da angina ou novos eventos cardíacos, minimizando assim, a necessidade de reoperações ou reintervenções⁽³⁾.

A CRM caracteriza-se por um enxerto coronário, que utiliza a veia safena ou enxertos arteriais, do próprio indivíduo, isola o vaso obstruído e restabelece a perfusão da artéria coronária. Com a realização da CRM ocorre a melhora da capacidade cardiovascular e, consequentemente, do desempenho físico das pessoas. Com a perfusão miocárdica mais eficiente, há uma diminuição ou cessação da angina. Assim, os indivíduos submetidos à CRM apresentam uma melhor avaliação da qualidade de vida após a cirurgia⁽⁴⁾.

Uma enfermidade dificilmente é cogitada na vida das pessoas, até que os sintomas apareçam e exijam uma reação, um cuidado para consigo. A maioria da população, não têm incorporada em sua vida, a cultura da prevenção, além de muitas vezes assumirem comportamentos de risco para saúde. A realização da CRM traz benefícios a longo prazo na vida das pessoas revascularizadas, porém, esses indivíduos podem não estar preparados para as drásticas mudanças no estilo de vida exigidos após esse evento⁽⁵⁾. A expressão, “cuidado de si mesmo”, é usada para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si, ao fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo. A regra geral do cuidado de si é ocupar-se de si mesmo, não esquecer-se de si e ter cuidado consigo⁽⁶⁾.

Assim, para a recuperação dos indivíduos revascularizados do miocárdio, que são portadores de uma doença crônica, é importante que assumam o comando de suas vidas, e tenham a preocupação de tornarem-se membros efetivos no seu tratamento. Nesta perspectiva, doentes crônicos necessitam participarativamente de seus processos de decidir e de se cuidar, pois quando isso não acontece, sentimentos de finitude, dependência e perda da autonomia podem surgir⁽⁷⁾.

A partir do exposto, elaborou-se a questão norteadora desse estudo: como é o dia a dia de indivíduos submetidos à CRM, referente ao cuidado de si? Com esta questão, tem-se como objetivo descrever o cotidiano de indivíduos submetidos à CRM no que tange ao cuidado de si.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. O cenário da pesquisa foi o ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas de um hospital público do interior do Rio Grande do Sul. Os sujeitos do estudo foram pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, que eram: ter realizado CRM no referido hospital, dentro do período de zero a 120 dias, ter consulta agendada no referido ambulatório, apresentar-se lúcido e orientado e em condições de expressar-se verbalmente. O limite temporal foi adotado, pois na prática assistencial tem-se observado que após esse período as dificuldades iniciais tendem, gradativamente, a ser superadas.

O nome e registro, dos possíveis sujeitos do estudo, foram obtidos no sistema informatizado da Unidade de Cardiologia Intensiva, onde foram buscados os sujeitos que haviam realizado CRM recentemente. Posteriormente, foi acessado o sistema informatizado do hospital, assim, foi possível obter as datas das consultas no ambulatório. No dia anterior à consulta a pesquisadora realizou contato telefônico informando sobre a pesquisa, questionando o interesse em participar e qual o melhor horário para a entrevista (antes ou após a consulta médica).

A obtenção dos dados ocorreu por meio da entrevista narrativa com 10 sujeitos, de forma individual, em uma sala reservada no próprio ambulatório, nos meses de janeiro a abril de 2013. Também foi realizada a consulta ao prontuário, para aquisição de informações sobre a condição clínica dos indivíduos e dos dados sóciodemográficos. As entrevistas foram gravadas em meio digital, posteriormente transcritas na íntegra em um editor de textos, identificadas com a letra “E” (entrevistado) e sequencialmente, com números arábicos de acordo com a ordem de realização. Utilizou-se, como questão norteadora da entrevista: Fale-me como está sua vida agora, depois da realização da cirurgia de revascularização miocárdica. Os demais questionamentos foram realizados de acordo com os temas que foram emergindo, durante a entrevista.

Os dados clínicos do prontuário e os sóciodemográficos foram analisados para a caracterização dos sujeitos. O conteúdo das entrevistas foi submetido à análise temática, uma modalidade específica de análise de conteúdo, que busca a interpretação cifrada do material

de caráter qualitativo. Este tipo de análise visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽⁸⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição sob nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 10993912.6.0000.5346. Os participantes do estudo foram esclarecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo respeitados os critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, em todas as etapas da pesquisa.

RESULTADOS

As idades dos sujeitos da pesquisa variaram de 45 anos até 58 anos, com sete do sexo masculino e três do sexo feminino, sendo que seis residiam no município do desenvolvimento do estudo. Quanto ao estado civil, um era solteiro, seis casados, dois divorciados e um viúvo. Referente à escolaridade, sete possuíam ensino fundamental incompleto, um médio incompleto, um médio completo e um superior incompleto. Em relação à situação ocupacional, quatro eram aposentados, três recebiam auxílio doença, dois exerciam atividades do lar e um intitulou-se desocupado. A renda familiar variou de um a doze salários mínimos.

Os sujeitos do estudo estavam em um período de pós-operatório de no mínimo 27 dias e máximo de 113 dias.

A partir do referencial metodológico adotado, emergiram duas categorias temáticas que compõem o *corpus* de discussão deste trabalho: "o desconhecimento e o (des)cuidado de indivíduos revascularizados sobre sua saúde antes da CRM" e "a necessidade de cuidado de si de indivíduos revascularizados e as implicações no seu cotidiano após a CRM".

O desconhecimento e o (des)cuidado de indivíduos revascularizados sobre sua saúde antes da CRM

Os sintomas da doença cardíaca já se manifestavam para o indivíduo algum tempo antes da obtenção do diagnóstico. Quando a pessoa recebe o diagnóstico, sentimentos de incredulidade surgem.

[...] por duas vezes ameaçou de dar infarto e eu não sabia, para ti ver, sem ir ao médico [...] moro para fora, assim, em uma chácara, serviço braçal, forcejar [...] em nenhum momento pensei em morrer e nem também que era infarto, que estava infartado [...] eu mal que estava e me achava bem, com falta de ar, às vezes, saia fogo pelas vistas, nunca pensei... E1

[...] eu estava fazendo um serviço, e me sentia cansado, sentia dormência nos braços e ardume no peito [...] a mulher me dizia: Não, tu tens que parar, tu tens que ir no médico. Para mim estava normal, mas ela via que eu estava mal, né! E3

[...] me deu três ameaças de infarto, a primeira e a última vez quase que me derrubou mesmo, vamos dizer que não pude andar, só que eu não sabia o que eu tinha [...] aí contei para ele (médico), que estava me dando aquelas dores fortes no peito, aí ele me disse que era coisa do coração e eu não acreditei. E9

Em outras situações os indivíduos percebiam que algo não ia bem com a saúde, mas desconheciam sua real condição. Aliado a isto, nem sempre o serviço de saúde e seus profissionais conseguem estabelecer um diagnóstico preciso, o que também dificulta a implementação de um tratamento adequado.

[...] eu estava já perto de uma cirurgia e eu não sabia o que eu tinha, porque foi descoberto assim, quase, como vou dizer, quase em cima, assim da cirurgia, porque era entupimento do tronco do coração e os exames não mostravam [...].E2

[...] eu tinha esse problema fazia muito tempo, uns três ou quatro anos... Só que lá (cidade de procedência) os médicos me tratavam para nervos, para mim eu já tinha problema no coração, porque eu tinha aquela dor aqui neh [...] então acostumei com aquilo ali. E5

De maneira geral, havia um descuidado com a saúde. Na manifestação de dores ou outros sintomas, os indivíduos utilizavam-se da automedicação. Além disso, tinham a crença de que se tivessem procurado ajuda médica em tempo, poderiam ter evitado o agravamento do quadro de saúde.

Eu nunca queria consultar, e quando estava aqui (hospital) o médico disse: "o senhor tem pressão alta e ela é muito mal cuidada". Eu disse: Não doutor, ela nunca foi cuidada, porque nunca fui ao médico. E1

Às vezes, eu estava doente, tomava um remedinho e deu, não procurava o médico, se tivesse procurado antes, tivesse feito alguns exames antes, quem sabe se não tivesse dado tanto problema. E5

Essa dor no peito incrível já tinha acontecido há 10 ou nove anos, acabei tomando uns remédios e simplesmente não dei bola [...]. E7

[...] a minha saúde deixei de lado, se eu não tivesse relaxado, com certeza hoje não estaria passando o que passei, né! E8

Os hábitos de vida de um indivíduo envolvem sua alimentação, suas crenças e atitudes tomadas ao longo da vida. Algumas atitudes adotadas anteriormente a descoberta da doença cardíaca são identificadas como prejudiciais para o sistema cardiovascular. Percebe-se

também uma tentativa de atribuir a esses hábitos anteriores, as causas para o desenvolvimento da doença cardíaca.

[...] eu gostava de comida salgada, às vezes ia levar o sal para o gado num prato assim e metia a língua assim, saia branca (risos) [...] Carne, eu gostava de carne gorda, gostava e gosto, não posso comer as graxas da carne, não como carne de galinha que é carne branca, não como carne de peixe, é só carne de gado, de porco e de ovelha, mas de porco não comi e não vou comer tão cedo, é muito forte [...]. E1

[...] eu acho que uma das coisas que ajudou foi o cigarro para eu infartar, imagino que seja o cigarro, gordura, sei lá [...] foi o que foi dito, né! Tabagismo, gordura assim de comer, eu gostava muito de coisa gorda, gorda, gorda, gorda, carne para mim tinha que ser bem gorda, sabe tudo ... adorava [...]. E4

[...] eu era tabagista, e isso me prejudicava eu sabia que me prejudicava. Mas não conseguia parar de fumar, não conseguia, é difícil, é um vício terrível [...]. E6

[...] Eu tinha hábito assim, por exemplo, de sair na noite, ah ir para um bar, nunca fui de encher a cara, isso não, e também não bebia muito, mas enfim, de sair... parei. Dormia muito pouco, duas, três horas, quatro horas. E10

A necessidade de cuidado de si de indivíduos revascularizados e as implicações no seu cotidiano após a CRM

Dentre os cuidados percebidos como importantes pelos indivíduos revascularizados no período de pós-operatório, está o fato de não poder exercer atividades laborais. Não trabalhar, é considerada uma situação ruim, que gera nervosismo, tensão, ansiedade e tristeza.

[...] a gente não gosta de estar parado muito tempo, mas tem que obedecer [...] para mim é ruim, porque sempre trabalhei [...] agora quem trabalha é a mulher [...] mas isso aí eu não me preocupo, de não trabalhar, porque se eu não me cuidar... aí não adianta. E1

[...] me mandaram embora (alta hospitalar) para me cuidar, então atualmente não estou fazendo nada [...] para quem estava acostumada a fazer de tudo, tipo, eu não parava [...] está muito difícil, porque me ataco dos nervos e tem dias que choro muito [...]. E4

[...] agora não estou trabalhando [...] não é muito legal, porque a pessoa fica muito tensa, muito ansiosa, eu sei que no primeiro momento agora não posso, não devo [...] para mim assim parar, não é fácil não. E6

[...] viajava, fazia mudança, gostava sempre de estar na estrada [...] hoje não posso fazer isso aí mais. Ah, me dá assim uma tristeza até, tenho vontade de chorar, as vezes (emocionado)... não consigo fazer as coisas, dá uma depressão, sabe. E7

Os indivíduos fazem planos a curto e médio prazo de retorno as atividades laborais exercidas anteriormente à CRM.

Claro que penso assim, que vou voltar à minha atividade normal depois né, com certeza, desde que me cuide, né. Não sei quanto tempo vou ficar assim sem fazer nada. E4

[...] se eu me recupero, quero continuar o serviço que eu fazia, sinto muita falta né, [...] então peço a Deus que em seguida eu possa fazer isso aí. E5

Trabalhar assim, pelo que o médico me falou, depois de um ano, mas servicinho leve... de primeiro, meu serviço lá é serviço pesado. E9

A dependência de outras pessoas, para realizar atividades corriqueiras do dia a dia, é motivo de desconforto para indivíduos que se submeteram a CRM. Apesar de existir o entendimento que, nesse momento, a dependência faz parte dos cuidados necessários para a recuperação, isto não impede que se sintam cerceados em sua autonomia.

Precisar, depender, eu não me sinto bem, eu acho que sou meio, um pouco ignorante, porque ele (genro) sempre está pronto. E1

[...] tenho uma sobrinha minha, que está fazendo as coisas para mim, me dando remédio, posa lá em casa, para me dar o remédio na hora certa [...] a vontade que eu tenho é de fazer um monte de coisas, mas tenho que pensar em mim. E4

[...] só que tu, às vezes, se sente assim, como vou dizer, dominada, dominada pelos outros. Sim, porque de manhã dizem: vamos levantar que vou te levar no banheiro, escovar os dentes, então me levam. Coisa que eu levantava de manhã... aquilo ali é diferente para ti, entendeu? E5

Os indivíduos manifestam o desejo de seguir todas as orientações dos profissionais. O profissional de saúde, geralmente o médico, é visto como o detentor do saber, como a “salvação”, e caberia a ele, a tarefa de dizer o que poderiam ou não fazer.

[...] nunca fui muito nervoso e quando ele (médico) falou que tinha que esperar três meses para dirigir, “então vamos esperar três meses”. E3

[...] hoje tenho a minha primeira consulta depois da cirurgia. Para ver o que ele (médico) vai me dizer, se vou poder voltar a pilotar o fogão, poder estender roupa [...]. Estou determinada, não posso fumar, mas se o médico disser: “tu podes fumar”, ai eu vou fumar (risos). E4

Eu disse: hoje vou conversar com o médico, nem levantar não levanto, se conversar com o médico vou perguntar se não posso comer uma laranja sozinha [...] hoje vou falar com o doutor ver se posso ir para fora, se posso caminhar. E5

Alguns indivíduos desafiam as orientações médicas, na busca pelo exercício de sua autonomia. A família, em contraposição, participa do cuidado ao seu familiar cobrando obediência às orientações propostas pelos profissionais.

Eu estava dirigindo já, saia de casa, ia levar a mulher e o guri para trabalhar, e daí já estava indo eu, mas devagarinho. E já estava achando bem bom, a direção é “leveaninha”, não forceja nada né. Daí agora falei com doutor, ele disse que tenho que esperar três meses no mínimo para começar a dirigir, pode abrir esse osso aqui e daí complica, faz um mês e eu já estou dirigindo bem faceiro. E3

Eu já fiz coisas que não era para mim ter feito... já andei querendo trabalhar, já peguei o trator, umas quantas vezes, fui abastecer o trator, aí me xingaram... a minha mulher me xingou... Tu vê o médico me disse que não era para erguer peso e eu já peguei um balde de óleo, e é perigoso, né? É recente eu devia esperar mais tempo. E9

DISCUSSÃO

As pessoas, em seu dia-a-dia, não são ensinadas a olharem para si. O corre-corre da vida cotidiana faz com que valorizem e priorizem os outros, os bens materiais à sua vida, à sua saúde. O cotidiano dos indivíduos que realizaram CRM, antes do procedimento, perpassa o descuidado de si e o desconhecimento sobre seus corpos e os sinais e sintomas que se manifestam. A saúde das pessoas, de modo geral, nem sempre é foco de sua atenção até que uma doença se manifeste, principalmente, quando a patologia é silenciosa e gradativa, como a doença cardíaca isquêmica⁽⁵⁾.

A percepção dos indivíduos desse estudo, de que algo não estava bem com sua saúde aconteceu durante suas atividades diárias, muitas vezes um trabalho forçado, braçal, quando o corpo começa a dar sinais de cansaço, fadiga. De modo semelhante, em estudo⁽⁵⁾ os sujeitos percebiam que algo estava errado com seu corpo, mas não associavam este fato ao problema cardíaco.

Nesse estudo, os indivíduos que realizaram CRM tiveram, em seu primeiro evento cardiológico, dificuldade para associar os sintomas à doença cardiovascular. Isso reforça que para os leigos torna-se complicado, identificar sintomas tão diversos e inespecíficos característicos desta patologia, bem como procurar atendimento médico especializado em tempo adequado⁽¹⁰⁾. De forma diferente, quando os indivíduos possuem algum conhecimento sobre fatores hereditários para desenvolvimento da doença cardíaca, ocorre uma associação dos sinais e sintomas a esse problema⁽¹¹⁾. Isso nos mostra como as orientações sobre

prevenção e reconhecimento de sintomas, poderiam fazer a diferença na detecção precoce dessas patologias.

A demora para estabelecer um diagnóstico preciso, pode estar relacionada ao déficit de conhecimento de maneira geral e desconhecimento de fatores de riscos, por parte dos indivíduos. Além disso, como aparece nesse estudo, devido a esses sintomas inespecíficos, pode existir, por parte do profissional, um descrédito nos sintomas referidos e comumente o paciente é tratado de forma errônea, com ansiolíticos ou antidepressivos, protelando a identificação correta do diagnóstico⁽¹²⁾.

Percebe-se que os indivíduos revascularizados, dessa pesquisa, antes da detecção da doença cardiovascular, não tinham em seu cotidiano, o cuidado com a saúde como rotineiro. Os sujeitos em sua maioria residem na zona rural, onde geralmente o acesso ao atendimento médico é mais restrito e a cultura da população, nem sempre é voltada à prevenção de doenças. Assim, admitem que não tinham o hábito de buscar atendimento médico. Além disso, os sujeitos manifestam que apresentam hábitos de vida, que podem ter sido uma das causas para o desenvolvimento da doença cardiovascular.

O uso abusivo de sal, de carnes gordurosas, de cigarro, falta de sono, eram hábitos prejudiciais que faziam parte do cotidiano desses indivíduos, antes da CRM. Existe um olhar para os hábitos anteriores à CRM, e os sujeitos reconhecem a necessidade na mudança de estilo de vida, com o intuito de levar uma vida mais saudável, embora admitam as dificuldades na mudança desses costumes. Em outro estudo⁽¹³⁾, também realizado com indivíduos revascularizados, os resultados vêm ao encontro desse, mostrando que embora a mudança de hábitos de vida represente suprimir o consumo por determinados alimentos apreciados, por exemplo, para o benefício da própria saúde cardiológica, o paciente acaba aceitando o novo estilo de vida.

Mudar hábitos de vida como parar de fumar, de beber, comer alimentos saudáveis ou se obrigar a fazer exercícios físicos regulares, traz muitas vezes, a conotação de limitação, invalidez e de anormalidade. Os profissionais de saúde têm importante papel, realizando orientações, procurando mostrar como essas mudanças podem, de fato, promover a manutenção da saúde e a estabilização ou regressão da doença⁽¹⁴⁾.

O indivíduo após a CRM necessita manter cuidados consigo em seu cotidiano, e a recuperação dessa cirurgia exige que algumas medidas sejam adotadas. Nesse estudo, um dos cuidados percebidos pelos sujeitos foi a necessidade de afastamento das atividades laborais, esse cuidado foi entendido como importante, porém ruim, algo difícil de enfrentar. Resultado semelhante aparece em outro estudo⁽¹⁵⁾, em que os sujeitos vivenciaram o afastamento das

atividades laborais, o que teve repercussão em termos de percepção de baixa autoestima e na dependência financeira. Os autores salientam que, em uma sociedade capitalista, a impossibilidade de trabalhar, responder por suas próprias necessidades e sobrevivência traz para o ser o sentimento de marginalidade, de estar fora do sistema produtivo, ser dependente e sem autonomia.

O fato de não trabalhar pode gerar sentimentos de quebra de autonomia e autoconfiança, o que implica no cuidado de si. Os sujeitos manifestam sentimentos de tristeza, ansiedade, sofrimento, inutilidade, improdutividade, isolamento, e frustração, isso também ficou evidente em outro estudo⁽¹⁶⁾.

Os indivíduos que realizaram CRM fazem planos para o retorno à sua atividade laboral. O afastamento do trabalho é entendido como algo temporário, que faz parte dos cuidados nesse momento de recuperação da CRM. Alguns sujeitos mencionaram que talvez irão diminuir o ritmo de trabalho, “não fazendo loucuras”. Resultado semelhante aparece em estudo⁽¹³⁾ em que os entrevistados reconhecem as restrições impostas pelo momento pós-cirúrgico, ou seja, mesmo que superadas algumas dificuldades, dificilmente poderão retomar hábitos de vida e de trabalho (que exigem esforço físico ou ocasionem estresse) realizados anteriormente à cirurgia.

A dependência de outras pessoas no cotidiano, para atividades que antes da CRM eram realizadas pelos próprios indivíduos, aparece nesse estudo, como algo que causa desconforto. Os sujeitos entendem que precisar das outras pessoas, é algo que faz parte da fase de recuperação, embora reconheçam que perdem sua autonomia. Esse resultado vai ao encontro de um estudo⁽⁵⁾ em que os sujeitos expressaram que sentiam-se ansiosos, frustrados e preocupados em “dar trabalho” para os filhos e para a esposa. O mesmo aparece em outro estudo⁽¹⁷⁾ em que a pessoa doente considera que é uma carga para a sua família, o que gera a percepção de dependência, aumentando o seu desconforto e alterando as relações familiares.

No momento de recuperação da CRM, podem surgir sentimentos de medo e incapacidade e os familiares, principalmente os cônjuges, dão o suporte necessário⁽¹³⁾. A família é importante para dar o apoio psicológico, como para auxiliar nas atividades diárias. Estudo⁽¹⁴⁾ salienta que é fundamental inserir os familiares no acompanhamento ao paciente doente, tendo em vista que eles podem ser um fator de facilitação quanto à adesão ao tratamento, recuperação do paciente operado, pois fornecem apoio psicológico e incentivo, o que eleva a autoestima.

Salienta-se a necessidade da família incluir o indivíduo nas atividades do cotidiano e nos cuidados consigo, evitando que a dependência seja sentida como algo prejudicial a tal

ponto, que cause sofrimento e anule sua autonomia. A autonomia é entendida como parte fundamental do cuidado de si, e o cuidado de si não existe sem o verdadeiro desempenho da autonomia. Estimular o exercício da autonomia, no que se refere cuidar de si, é um componente ético do cuidado, que deve ser buscado e estimulado. A tomada de decisões sobre a sua vida é um direito de todo cidadão independente do estado de saúde e do grau de dependência⁽¹⁸⁾.

Outra questão relevante que emergiu, nessa pesquisa, foi referente à dependência das orientações dos profissionais, que os indivíduos mantêm em seu cotidiano após a CRM. O profissional médico, ainda é visto como o detentor do saber, os sujeitos esperam por sua orientação e quando essa não acontece, deixam de desenvolver algumas atividades. Observou-se que, tornam-se dependentes das ordens médicas e isso influencia na sua autonomia. O médico acaba sendo a referência para o paciente, pois é a figura que o acompanha desde o momento em que se decide pela cirurgia, até o momento da alta hospitalar⁽¹⁹⁾.

Nessa pesquisa, observou-se que os sujeitos deixam de fazer pequenas atividades do seu cotidiano, que não impõem risco a sua saúde, como “comer uma laranja sozinha”, pois esperam o aval do profissional médico. As relações no exercício da medicina podem tornar-se paternalistas, em que os profissionais entendem-se como os únicos responsáveis pelas pessoas enfermas e exigem delas adesão às condutas prescritas e a negação de si, os diferentes saberes, os modos de ser e de viver não são reconhecidos⁽⁶⁾. Dessa forma, percebe-se que a decisão compartilhada, pode não estar efetiva, os sujeitos esperam tudo o que o profissional irá orientar e talvez, muitas vezes, no pós-operatório, não exista o suporte e a abertura necessários para expressar suas dúvidas e anseios.

O poder do médico como detentor do saber, fica evidente quando os indivíduos e seus familiares acreditam que o fato de seguir as orientações é uma garantia de que irão se recuperar. Alguns sujeitos do estudo desafiam algumas orientações, como se testassem seus limites, porém sentem-se culpados, porque talvez, com essas atitudes que não passaram pela aprovação do profissional, podem estar prejudicando a sua saúde. Salienta-se que iniciativas que não colocam risco aos sujeitos deveriam ser incentivadas pelos profissionais, quando os indivíduos sentem-se apoiados em sua tomada de decisão, a adesão a comportamentos saudáveis aumenta⁽²⁰⁾ e, além disso, a sua autonomia é fortalecida.

Os enfermeiros e os demais profissionais de saúde deveriam atentar-se para incentivar os sujeitos que realizaram CRM ao cuidado de si, manter o diálogo, ajudando a construir metas e planos de tratamento que sejam atingíveis. Talvez se existir essa construção conjunta,

entre sujeitos e profissionais, o processo de recuperação, será menos doloroso e mais passível de atingir o sucesso.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer o cotidiano dos indivíduos que realizaram CRM. Constatou-se que existem dois momentos no cotidiano desses sujeitos, inicialmente, antes da realização da cirurgia em que é presente o desconhecimento e o (des)cuidado sobre sua saúde e depois da realização da CRM, em que percebem a necessidade de cuidado de si e quais as implicações do cuidado em seu cotidiano.

Os sujeitos, pelo fato de desconhecerem seus corpos e não terem o hábito de olharem para si e perceberem suas manifestações, quando iniciaram os sintomas da doença cardiovascular, não imaginavam que esse seria o diagnóstico, e que necessitariam realizar a CRM, dessa forma, receberam a notícia como surpresa. Quando percebiam que algo não ia bem com a saúde, e buscaram atendimento médico, em algumas situações, houve demora na detecção correta do problema, além de que, alguns foram tratados erroneamente para depressão e ansiedade.

Percebe-se que o cuidado não era rotina na vida desses indivíduos, não buscavam atendimento médico para prevenção das doenças, e, além disso, se automedicavam. Quanto aos hábitos de vida, os sujeitos adotavam, em seu dia-a-dia, hábitos de risco para a saúde, como o uso do cigarro, comidas gordurosas, uso abusivo do sal, poucas horas de sono. Isso é compreendido, pelos sujeitos, como um descuidado com a saúde, que pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença cardiovascular.

Os sujeitos do estudo, após a realização da CRM, percebem que necessitam adotar medidas de cuidado em sua vida. O afastamento das atividades laborais é percebido como algo necessário nessa fase de recuperação, porém fazem planos para retorno às suas atividades, já que se sentem incomodados por estarem “parados”, sentem-se tristes, ansiosos. Além disso, identificam a necessidade da ajuda de outras pessoas para sua recuperação e o exercício do cuidado de si, mas com isso, existe o sentimento negativo de dependência. Sentem-se presos e dominados pelos outros, o que pode fazer com que sua autonomia seja prejudicada.

O cuidado de si em sua íntima relação com a autonomia dos sujeitos deve ser estimulado pelos profissionais de saúde, que devem orientar os familiares para incluírem os sujeitos no seu cuidado. Percebeu-se no estudo que os sujeitos apresentam grande dependência das orientações dos profissionais de saúde, especialmente do profissional

médico. O enfermeiro não foi citado como figura importante no incentivo ao cuidado de si dos indivíduos após a CRM.

Os resultados desse estudo, indicam para a necessidade do profissional enfermeiro se fazer mais presente na vida dos indivíduos após a CRM, são pessoas que necessitam seguir sua vida de maneira saudável e autônoma, exercendo o cuidado de si. O enfermeiro pode fazer-se presente propondo diálogos e o compartilhamento de dúvidas e inquietações entre os sujeitos, o que pode favorecer a melhoria das condições de vida e a efetiva recuperação, além disso, evitando a reincidência de problemas cardiológicos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Datasus (Departamento de Informática do SUS). Indicadores de mortalidade. Óbitos por doença isquêmica do coração segundo a Unidade de Federação. Brasília (DF): MS; 2013. [acesso em 2013 jun 19]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?edb2011/c08.def>
2. Braile DM, Godoy MF. História da cirurgia cardíaca no mundo. Rev Bras Cir Cardiovasc 2012; 27(1):125-34
3. Dallan, LAO, Jatene, FB. Revascularização miocárdica no século XX. Rev Bras Cir Cardiovasc 2013; 28(1):137-44.
4. Gois CFL, Dantas RAS, Torrati FG. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. Rev Gaúcha Enferm 2009; 30(4):700-7.
5. Mansano NG, Vila VSC, Rossi LA. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2009;11(2):349-59.
6. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 3. Ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2010.
7. Costa VT, Alves PC, Lunardi VL. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. Rev Enferm UERJ 2006; 14 (1): 27-31.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^aed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
10. Rocha EAV. O mundo real do diagnóstico e tratamento da síndrome coronariana aguda no Brasil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2012; 27(3):IV-V.
11. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013 jan.-fev; 21(1):[08 telas].
12. Cantus DS, Ruiz MCS. A cardiopatia isquêmica na mulher. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2011 nov.-dez; 19(6):[08 telas].
13. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoi GMM, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(4):149-156.
14. Lima FET, Magalhães FJ, Silva DA, Barbosa IV, Melo EM, Araújo TL. Emotional alterations gifts in the patients who underwent coronary artery bypass. *Rev enferm UFPE On Line* 2010 abr./jun; 4(2):785-91.
15. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev Latino-am Enferm* 2008 jan-fev; 16(1).
16. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4): 750-756.
17. González JS, Ruiz MCS. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm [online]*. 2005 Mar [acesso em 2013 Jul 22]; 14(51):29-33. Disponível

em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es.

18. Costa VT, Lunardi VL, Filho WDL. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(1): 53-8.
19. Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*. 2008;10(2):504-12.
20. Cohen SM. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum* 2009 jan-mar; 44(1):25-36.

3.4 ARTIGO 4

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: MUDANÇAS NA VIDA DE INDIVÍDUOS E O CUIDADO DE SI

CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: MUDANÇAS NA VIDA DE INDIVÍDUOS E O CUIDADO DE SI⁴

RESUMO

Objetivou-se analisar as mudanças provocadas pela cirurgia de revascularização miocárdica na vida de indivíduos revascularizados, visando o cuidado de si. Pesquisa qualitativa, com 10 sujeitos que realizaram essa cirurgia em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados de janeiro a abril de 2013, por meio da entrevista narrativa, que foram submetidos à análise temática. Resultaram nos temas: agora eu me cuido; a mão dupla do cuidado; a imposição do cuidado; a valorização da vida; a atitude frente aos bens materiais; a atitude nos relacionamentos e a família mais próxima. Ocorrem mudanças de atitudes diante da vida após a cirurgia. A enfermagem pode promover grupos de discussão, ou até mesmo nas consultas de enfermagem, incentivar o sujeito para que essas mudanças, não percam o entusiasmo com o passar dos dias e o cuidado de si seja exercido cada vez com mais motivação e independência.

DESCRITORES: Enfermagem, Revascularização Miocárdica, Cuidados de Enfermagem, Cardiologia.

SURGERY OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION: CHANGES IN LIFE OF INDIVIDUALS AND THE SELF-CARE

ABSTRACT

The objective is analyze the provoke changes by the surgery of myocardial revascularization in life of revascularized individuals, seeking the self-care. Qualitative search with 10 subjects that has the surgery at a hospital in Rio Grande do Sul, Brazil. The data was collected between January to April of 2013, through the narrative interview that was submitted to the thematic analyses. It resulted in the themes: now I take care of myself; the two-way of care; the imposition of care; the valorization of life; the attitude in face of material goods; the attitude in relationships and with the nearest relatives. The changes of attitude occurred in face of life after surgery. The nursing can promote, in the groups of discussion or even in individualized consults of nursing, the incentive to the changes, and that they do not lose the enthusiasm with each passing days and that the self-care can be practice each time with more motivation and independency.

DESCRIPTORS: Nursing, Myocardial Revascularization, Nursing Care, Cardiology.

⁴ Artigo configurado conforme as normas da revista Texto & Contexto Enfermagem

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: CAMBIOS EN LA VIDA DE INDIVIDUOS Y EL CUIDADO DE SÍ

RESUMEN

Se objetivó analizar los cambios causados por la cirugía de revascularización miocárdica en la vida de individuos revascularizados, respecto al cuidado de sí. Investigación cualitativa con 10 sujetos que sufrieron esa cirugía en un hospital del interior de Río Grande del Sur, Brasil. Los datos fueron recolectados de enero a abril de 2013, por entrevista narrativa y sometidos a análisis temático. Resultaron los temas: ahora me cuido; la doble vía del cuidado; la imposición del cuidado; la valorización de la vida; la actitud frente a los bienes materiales; la actitud en los relacionamientos y la familia más cerca. Hubo cambios de actitud en la vida tras la cirugía. La enfermería puede impulsar grupos de discusión o, incluso, en las consultas de enfermería, incentivar al sujeto para que no pierda el entusiasmo al paso del tiempo, y que el cuidado de sí sea ejecutado con más ganas e independencia.

DESCRIPTORES: Enfermería, Revascularización Miocárdica, Atención de enfermería, Cardiología.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Cirurgia de Revascularização Miocárdica (CRM), também conhecida como “ponte de safena”, têm modificado a sobrevida dos pacientes a ela submetidos, com expressiva redução da morbimortalidade.¹ Esse tipo de cirurgia tem a finalidade de reestabelecer a perfusão das artérias coronárias, aliviando sintomas anginosos, com consequente melhora da qualidade de vida do indivíduo revascularizado.²

A experiência da cirurgia cardíaca modifica o processo de viver do paciente cardíaco.³ Os indivíduos revascularizados, após a alta hospitalar, passam por diversos enfrentamentos em sua vida, dentre eles a necessidade de mudança de hábitos, afastamento das atividades laborais, enfim, de cuidados com sua condição de saúde. Assim, os profissionais de enfermagem, como agentes do cuidado, podem se constituir em redes de apoio, por meio do conhecimento e da experiência ajudando estes indivíduos a assimilar e a se adaptar às mudanças necessárias inclusive após a alta hospitalar.

A cirurgia cardíaca é uma situação transformadora do corpo,⁴ que certamente desencadeará mudanças e transições, gerando novas percepções sobre a vida futura. A adaptação da vida, após a cirurgia, dependerá das características de cada indivíduo, do apoio que tiverem e das comorbidades associadas. Assim, essa experiência poderá ser transformadora para alguns, enquanto para outros nem tanto, o que influenciará no enfrentamento da nova realidade, bem como no desempenho do cuidado de si.

O cuidado de si é uma atitude que deveria ser vivenciada no dia a dia das pessoas naturalmente. No entanto, o que se percebe é que a prática de cuidar de si não é um hábito tão comum na vida das pessoas. Salienta-se que, especialmente no momento do pós-operatório da CRM, essa atitude torna-se imprescindível para um bom prognóstico e restabelecimento, tanto físico como psíquico do indivíduo. Uma das formas do cuidado de si diz respeito ao ato de ocupar-se de si, e ocupar-se consigo deveria ser uma ocupação de toda uma vida e por toda vida.⁵ O cuidado de si para os indivíduos revascularizados diz respeito ao desenvolvimento de ações que envolvem cuidados com o corpo, pela adoção de uma dieta alimentar e exercícios físicos, procurando manter a satisfação pessoal e o convívio social, como um membro ativo do processo.

A CRM é um evento que provoca alterações na vida dos sujeitos revascularizados e torna-se pertinente aos profissionais de saúde, saber quais mudanças são essas e de que forma implicam no cuidado de si desses indivíduos. Para tanto, elaborou-se como questão de pesquisa: quais as mudanças provocadas pela CRM na vida dos indivíduos revascularizados? O objetivo desse estudo é analisar as mudanças provocadas pela CRM na vida de indivíduos revascularizados, visando o cuidado de si.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com dez indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão que foram: ter realizado CRM no hospital de estudo, no período de no máximo 120 dias de pós-operatório; ter consulta agendada no ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas durante o período de coleta de dados; apresentar-se lúcido, orientado e em condições de expressar-se verbalmente.

Os dados foram obtidos através de entrevistas narrativas que foram realizadas nos meses de janeiro a abril de 2013, em hospital público, no interior do Rio Grande do Sul. As entrevistas narrativas se caracterizam pelo fato de as pessoas lembrarem o que aconteceu, sequenciarem suas experiências e serem capazes de incorporar significado e intencionalidade aos seus atos, relações e estruturas sociais.⁶ As entrevistas foram gravadas em meio digital e depois transcritas na íntegra, identificadas com a letra “E” de entrevistado e seguidas de números arábicos, conforme a ordem de realização. Além disso, para obtenção dos dados, foi realizada consulta ao prontuário e realizadas questões sobre dados sociodemográficos dos indivíduos.

Com acesso à agenda de marcações das consultas, foi possível verificar, no prontuário os indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão. O sujeito foi convidado a participar da

pesquisa através de contato telefônico, realizado pela pesquisadora, um dia antes da consulta. Nesse telefonema era questionado qual o momento mais conveniente para a entrevista, se antes ou após a consulta médica, dependendo da disponibilidade, a entrevista era realizada em sala reservada no próprio ambulatório.

O conteúdo das entrevistas foi trabalhado através da análise temática⁷, constituindo-se de três etapas: a pré-análise: escolha dos documentos e retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. A segunda, a exploração do material busca o núcleo de compreensão, redução do texto às palavras e expressões significativas, nessa fase acontece definição de categorias. Na terceira etapa, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o pesquisador realiza interpretações e faz a relação com seu referencial.

Os sujeitos que aceitaram participar foram inteirados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁸, foram atendidos aos trâmites necessários para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e foi registrada pelo Comitê de Ética da universidade vinculada ao projeto sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 10993912.6.0000.5346.

RESULTADOS

Os participantes do estudo, de acordo com o sexo, sete em homens. Todos eram adultos com idades que variaram de 45 a 58 anos. Quanto à procedência seis residiam no município da coleta de dados. Em relação ao estado civil seis eram casados, dois divorciados, um solteiro e um viúvo. Apenas um sujeito não tinha filhos. Todos os sujeitos no momento da entrevista estavam afastados de suas atividades laborais, quatro eram aposentados, três recebiam auxílio doença, dois realizavam atividades do lar e um intitulou-se desocupado.

Após a realização da análise temática dos dados, emergiram os seguintes temas: agora eu me cuido; a mão dupla do cuidado; a imposição do cuidado; a valorização da vida; a atitude frente aos bens materiais; a atitude nos relacionamentos; e a família mais próxima.

Agora eu me cuido

O cuidado de si torna-se prioridade na vida dos sujeitos, isso porque, ocorrem reflexões sobre a possibilidade de morte. Os indivíduos manifestam o desejo de cuidar da saúde, se recuperar e cuidar de si como uma estratégia de manutenção da vida. Salientam que, nesse momento, haverá uma mudança de atitude em relação ao cuidado que desempenhavam antes da CRM.

[...] esse susto que eu tive, eu podia ter morrido! Ah, é apavorante, a morte é apavorante [...] eu estou aqui sentada conversando contigo, para quem há um mês atrás praticamente estava morta. [...] Agora estou cuidando de mim, somente de mim, da minha saúde, eu penso primeiro em me recuperar, ficar boa. (E4)

[...] tu não está dando muita bola para ti, mais para os outros, se preocupa mais com as outras pessoas, depois que tu vê aquilo que tu passou, aí que a gente vê que tem que dar valor um pouco mais para gente, para a pessoa da gente. (E5)

[...] eu tenho que acabar me cuidando, se não eu morro! Aí, eu penso assim, em deixar tudo, e ir embora. Eu peço para Deus para não chegar essa hora. Eu gostaria de viver mais um pouco aqui, me cuidar para viver mais um pouco. Antes eu não pensava nisso, tudo para mim era fantasia, tocava a vida, dando risada, agora já penso mais [...] vou tocar a minha vida, tentar raciocinar melhor e me cuidar mais. (E7)

A mão dupla do cuidado

Os sujeitos reconhecem e valorizam o cuidado realizado pelos profissionais e pelas outras pessoas, porém entendem que, o principal, depende do próprio sujeito revascularizado. Assim, o cuidado não pode ser unilateral, afirmam que não adianta outras pessoas realizarem o cuidado, se essa atitude não partir do próprio sujeito. Deve existir uma parceria de cuidados, mas, nesse momento, o indivíduo toma para si a responsabilidade com o cuidado de si.

[...] é só obedecer às regras, porque o bem é para mim, se não, o mal é para mim, porque o médico e a enfermeira eles ajudam a gente, mas a gente tem que se ajudar também. É que nem dizem: Deus te ajuda, mas tu te ajudarás também. (E1)

[...] passei por tudo isso, passei trabalho, o médico se esforçou para me ajudar. Deus está me ajudando. E agora? Eu não faço a minha parte? Eu vou ter que fazer. Tanta gente, olha! Tu estás aqui! Tu estás me ajudando! Eu tenho que entender isso. Só que isso aí não é muito fácil. Sabe, eu quero fazer tudo diferente agora. (E2)

[...] a gente se cuida e tudo, principalmente, pelo fato de querer me curar e ficar bom. Em um caso iminente como esse, as pessoas se mobilizam pela gente, é incrível! (E6)

[...] porque se eu não me cuidar, não adianta os outros querer me cuidar. Se os outros saem dali e faço pior do que na frente deles. (E8)

A imposição do cuidado

Os entrevistados entendem que, em alguns momentos, o cuidado realizado pelos familiares é excessivo e imposto, que existem alguns cuidados que poderiam estar realizando sem auxílio. Alguns aceitam a imposição de cuidados dos familiares, já outros “brigam” para manter a sua autonomia em algumas atividades.

[...] eu até acho que estou sendo muito paparicado. A mulher ficou me cuidando mais, meu Deus! Qualquer coisinha que eu precisar. Se eu preciso de um gole d'água, está ali a água, não deixa que eu pegue. Se eu posso ir ali, né! Tudo assim. Ela deixa de fazer as coisas dela pra ficar em roda de mim. Então eu me sinto muito paparicado até. (E3)

Os outros em casa dizem que eu não posso fazer, está todo mundo com muito cuidado comigo, até para eu levantar, sabe? Porque eu levanto e saio andando. Agora eu não dou mais conversa. Quando falo em tomar uma água quando eu vejo o copo já está ali, só não me dão o banho porque eu digo: não! Vou tomar meu banho sozinha! (E4)

[...] estão me cuidando que nem uma criança agora. Não deixam descascar uma laranja, não deixam pegar uma faca, não deixam pegar nada. Então ali tu estás só bajulada pelos filhos. Levantar, eu vou pegada pela mão, ir no banheiro o outro leva, vem outro sentar na cama porque não pode caminhar muito. Então, eu passo o dia inteiro naquela função deles. Parece que agora eu não sou mais mãe, sou filha. (E5)

A valorização da vida

A realização da CRM parece sinalizar, aos sujeitos, que a vida é finita. Essa percepção faz com que ocorra uma maior valorização de sua vida, após a cirurgia. Quando os sujeitos entendem sua vida como um bem valioso, demonstram o desejo de mudar hábitos, cuidar de si, e “aproveitar” as coisas boas que a vida pode oferecer.

[...] como diz o meu marido: já estamos velhos, 40 anos de casados, vamos passear, sair, aproveitar a vida, porque a vida é curta. Tu vai dar o valor para tua vida quando enfrenta uma situação dessas. (E5)

[...] a gente dá mais valor à vida [...] agora que eu me sinto renovado. Por que eu vou continuar com o problema (cigarro)? Se eu sei que pode, dia menos, dia mais ocasionar novamente. Sejamos um pouquinho conscientes e inteligentes. Larguemos desses vícios! (E6)

Ah, hoje eu levo muito a sério o meu dia. Eu sei que pode acontecer algum imprevisto. Eu tenho aquela consciência que eu não sou mais super-homem como eu achava que eu era. Achava que não era qualquer bobagem que ia me levar, né! E as bobagens que quase me levaram, fui eu mesmo que fiz, com a alimentação desregrada, não cuidados, não prevenção seria essa a palavra. A minha vida está mais devagar, bem mais devagar, antes eu era apressado com algumas coisas, agora eu não me apresso mais. Aquela ansiedade, aquela angústia, mudou total. Tem uma música do Almir Sater que diz: Ando devagar porque já tive pressa... Estou levando a minha vida devagar. (E10)

A atitude frente aos bens materiais

Ocorre uma mudança de postura em relação ao valor dado aos bens materiais, como dinheiro e a aquisição de propriedades. Para os entrevistados tudo isto se tornou secundário na vida, depois da CRM. Para eles, neste momento, o fato de estarem vivos é mais importante.

[...] e às vezes ela (esposa) não pode fazer, tem serviço que ela não faz, lidar com as vacas, tem as vacas bravas, ela largou tudo, praticamente. Mas é melhor a gente estar vivo do que ter uns... uns... dinheiros a mais no bolso. (E1)

Eu não penso em fazer capital, fazer dinheiro, comprar terra, e coisas assim, isso eu não quero mais. Não fiz até agora, isso eu larguei de mão. Até tinha planos, eu tenho as terras, tem as terras dos meus irmãos eu tinha vontade de comprar uma parte deles, e hoje eu não quero mais. (E9)

A atitude nos relacionamentos

Os entrevistados mudaram sua atitude em relação a forma como convivem com as pessoas e com os problemas do dia a dia. Eles passaram a não se estressar com pequenas coisas, seus relacionamentos melhoraram e percebem-se mais amorosos. A reflexão sobre o valor atribuído à tudo na vida parece fazer com que o sujeito entenda melhor as escolhas dos outros e o próprio ser humano.

[...] eu achava coisa onde não existia. Não tinha calma, paciência e agora não, levo só na esportiva. Agora não me sinto mais neurótico. Não esquento mais a cabeça como esquentava com coisas que não existem. Colocava aquilo na cabeça e tinha que ser assim. Agora não, eu encosto a cabeça no travesseiro e durmo bem tranquilo. (E1)

Perdi muito a amizade dos meus irmãos, por eles fazerem assim e eu corrigir. Eu digo: puxa vida! Eu tinha uma mania assim, um irmão meu não pode errar! Sabe, e sobre isso aí eu aprendi muito, aprendi muito. [...]eu fiquei mais amoroso. Eu não tenho filhos, sabe? Eu e minha esposa. Mas eu tenho sobrinhos, que eu quero bem, e o meu carinho por eles parece que dobrou. Eu quero fazer mais por eles. Eu vejo eles como meus filhos, sabe?A minha mulher, eu já valorizava, eu valorizo o dobro, as pessoas em volta. Eu estou vivendo uma vida nova, assim, mudou, e eu espero que continue assim, que não apague isso. (E2)

[...] é tão bacana tu poder ajudar, e hoje eu sinto mais isso aí, essa coisa boa de ajudar porque eu fui ajudado, como é bom quando a gente está sendo auxiliado... Então depois da cirurgia eu senti que mudou muita coisa na minha vida, muito positivamente, hoje eu entendo mais o ser humano. (E6)

[...] me fez melhorar o trato com as pessoas. Tenho mais interação com os meus filhos. Eu sempre fui convencional. Seria essa a palavra? E eu tenho um filho gay. Eu tinha alguns... na

minha parte em aceitar os fatos. E aí hoje não. E eu atribuo à cirurgia. E o que vem na volta [...]. (E10)

A família mais próxima

Os entrevistados percebem o cuidado recebido pelos familiares como algo bom, que é compreendido como amor, carinho, companheirismo e proximidade. Salientam que é nos momentos difíceis da vida, que descobrem quem realmente é importante na vida.

Então, eu só posso dizer que estou feliz da vida, com meus filhos, com meus netos, todos em volta de mim, os filhos todos foram muito, assim, me cuidaram bem. É em uma hora dessas que tu vê o que é o amor de um filho, o carinho de um filho, o carinho de um neto, aquilo ali te ajuda muito. (E5)

[...] minha esposa é uma pessoa maravilhosa, sempre me assistiu, principalmente agora. Então agora que eu vi realmente a pessoa que eu tenho junto comigo, porque é no momento que a gente mais precisa, no momento contundente, um momento difícil que a gente vê as pessoas quem tu tem em casa, consigo. (E6)

O companheirismo também da minha esposa comigo, para todas as horas, os meus filhos. Eu andava meio afastado e agora não, tudo por conta da cirurgia. (E10)

DISCUSSÃO

O cuidado de si implica nas pessoas se sentirem importantes no mundo, protagonistas de sua vida e membros efetivos de seu cuidado. Os indivíduos revascularizados admitem que o “susto” como se referem a CRM, fez com que percebessem a necessidade de cuidarem de si, de sua saúde. Além disso, demonstram que antes desse evento, eles próprios, não eram o centro de suas vidas, havia mais preocupações com os outros do que consigo. Em relação ao cuidado de si, Foucault afirma que “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado consigo mesmo”^{5:6}.

O que se percebe é que esses sujeitos não tinham uma atitude consciente de cuidados e preocupações consigo, antes da CRM. Após a cirurgia demonstram o desejo de se cuidarem para viver mais. Semelhante ao que foi encontrado em estudo,⁹ em que após a CRM as pessoas passam a ter medo da morte e mais preocupações e cuidados com o corpo. Os profissionais de saúde, podem se fazer presentes na vida desses sujeitos, propondo espaços de discussões, para trocar ideias e compartilhar suas dúvidas e angústias, tão comuns nesse processo pós-CRM, configurando-se em uma rede de apoio.

No período pós CRM, os indivíduos percebem-se como protagonistas do cuidado e o cuidado de si, de sua saúde parece ser o foco. Salientam que outras pessoas, profissionais,

familiares, podem ser suporte, porém reconhecem que precisam se comprometer com o cuidado consigo mesmo. Outro estudo¹⁰ corrobora com os resultados dessa pesquisa ao evidenciar que os sujeitos revascularizados demonstram o desejo de se cuidar após a alta hospitalar e valorizam as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, durante o perioperatório.

Nessa pesquisa, o cuidado realizado pelos profissionais de saúde parece ser visto como uma via de mão dupla, “ele me cuida, mas eu tenho que fazer a minha parte”. O cuidado como via de mão dupla consiste em aprender a realidade do outro com sensibilidade, compaixão e solidariedade e é um requisito indispensável no processo de cuidar.¹¹ Além disso, quando os enfermeiros mantêm uma atitude empática no cuidado com os pacientes, sanando dúvidas, abrindo espaços de discussão, torna-se mais fácil a verbalização de preocupações sobre os problemas da vida atual, a construção do cuidado baseada na realidade de cada indivíduo e a adesão ao tratamento.¹²

Outra mudança percebida, pelos sujeitos, foi a forma como os familiares tem exercido o cuidado com eles. Sentem-se mimados, sufocados e referem que houve a inversão de papéis, quem cuidava passou a ser cuidado pelos outros. Muitas vezes os familiares na tentativa de ajudar, acabam por realizar um cuidado exagerado, isso pode implicar na diminuição da autonomia do sujeito. Um estudo¹³ salienta que no adoecimento, emerge um processo coletivo de sofrimento em que a família e o indivíduo padecem para lidar com o problema, compartilhando bilateralmente o medo, a incerteza e a preocupação. O tratamento e o processo de recuperação da doença cardíaca, geram incertezas e mudanças na vida das pessoas envolvidas¹⁴, o que pode justificar o excesso de zelo dos familiares.

Alguns indivíduos revascularizados mostram uma postura de obediência aos familiares, acatando o que lhe é imposto. Já outros, se “rebelam” e lutam para manter sua autonomia realizando tarefas para as quais se sentem aptos, mesmo a revelia dos familiares. Os familiares devem ser estimulados a dar espaço para o exercício da autonomia do sujeito revascularizado.¹⁵ Cabe aos profissionais da saúde, orientar os familiares, quanto ao fato de que, o cuidado de si implica, em dar ao indivíduo a oportunidade de executar práticas em seu próprio benefício, visando a manutenção da vida, da saúde e do seu bem-estar, sendo esta também uma atitude ética.¹⁶ As decisões sobre situações simples do cotidiano configuram-se em um elemento importante e estruturante na qualidade de vida, pois o ser humano só é sujeito quando está livre, quando se autodetermina e toma consciência de sua liberdade. Para cuidar é importante que o cuidador respeite o direito de decisão do sujeito cuidado.¹⁷

Outro ponto importante de mudança, após a CRM, ocorreu em relação à maior valorização da vida, manifestada pelos sujeitos do estudo. Esses demonstram a vontade de modificar hábitos de vida, abandonar vícios como cigarro, alimentação desregrada, superar estresses do dia a dia, além de o desejo de aproveitar as coisas boas que a vida pode oferecer, realizar algumas coisas que ainda não haviam se dado o tempo de fazer.¹⁸

Parece que ocorre um olhar para a vida anterior a CRM, uma vida de doação aos outros, ao trabalho. Após CRM, percebe-se que há a vontade de olhar mais para si, em que o próprio ser e sua existência se torna mais importante e valioso. Foucault salienta que “é preciso que não te esqueças de ti mesmo”, aponta que Sócrates ao chamar as pessoas ao cuidado de si dizia aos atenienses: ocupai-vos com tantas coisas, com vossas fortunas, com vossa reputação e não vos ocupais com vós mesmos.^{5,7} Os profissionais de saúde devem estimular essa motivação manifestada pelos indivíduos, de se cuidar e aproveitar as coisas boas da vida. Isso, certamente, implicará em uma melhor qualidade de vida e adesão ao tratamento.

Neste mesmo sentido, parece que o cuidado de si encontra o seu auge quando o valor dado a vida pelos sujeitos se sobrepõe ao valor atribuído aos bens materiais e ao dinheiro. Torna-se evidente que vivenciar uma situação-limite favorece o repensar de valores.¹⁹ O fato de, nesse momento, não poderem exercer sua atividade laboral parece ser superado pelos indivíduos quando fazem uma comparação entre o que é mais importante: “vida ou dinheiro”. Em estudo²⁰ foi evidenciado que, para os indivíduos, o mais importante após a cirurgia cardíaca é a qualidade de vida que se tem, a proximidade da família e as atividades de lazer, ou seja, o “ser” passa a ter mais valor do que o “ter”, sendo essa uma das formas explícitas de cuidar de si.

Foi percebida, também, pelos sujeitos uma mudança em relação às suas atitudes frente aos relacionamentos. Mencionaram que se sentem mais amorosos com os outros depois da CRM, passaram a entender melhor as outras pessoas e a si mesmas. Isso também faz parte do cuidado de si, a busca por tornar-se melhor como ser humano e como cidadão.²¹ Esta nova concepção da vida aparece em estudo¹⁸ em que os sujeitos perceberam a melhora no relacionamento com a família, após a CRM, e demonstraram o desejo de aproveitarem mais o seu dia a dia com eles. Sentem-se mais abertos aos outros, no sentido de buscar a recuperação de laços de afeto, amor, apoio e solidariedade.²²

Pode-se dizer que essa “melhora” nos relacionamentos não é regra, pois em oposição a esse estudo, em outros^{15,23} em que foram ouvidos os familiares, houve o afastamento do indivíduo revascularizado do convívio familiar, dos filhos, dos netos, dos amigos, das

reuniões sociais e confraternizações. O adoecimento pode interferir nas práticas de lazer e integração social, dificultando as interações entre os integrantes da família e destes para com o restante de sua rede social.²⁴ Os profissionais devem estar atentos para essas questões, estimulando o exercício do cuidado de si do sujeito, no sentido de sentir-se importante ao conviver com familiares, amigos e toda a rede social, além de buscar atividades de lazer que proporcionem satisfação e prazer na vida.

Além disso, neste estudo também foi mencionado pelos entrevistados o fato de os problemas do dia a dia terem mudado sua dimensão. Coisas que antes da CRM eram motivo de estresse, agora são encarados de forma mais tranquila. Em estudo¹⁴ foi constatado que os familiares tentam poupar o paciente dos estresses cotidianos, e além disso, fazem questão de demonstrar o quanto ele é querido e amado por todos, entendendo que isso contribuirá em sua recuperação.

Relativo a isso, outra mudança percebida pelos entrevistados, é a relação com seus familiares. Os sujeitos perceberam seus familiares, mais cuidadosos e carinhosos com eles, após a CRM. Em estudo¹⁸ também foi manifestado pelos sujeitos o desejo de ter a família perto após a CRM. A família é vista como a mais importante fonte de apoio.²⁵ Os sujeitos mencionaram que sentiram o apoio dos cônjuges nesse momento, isso também aparece em estudo¹⁴ que constatou que o evento cardíaco tem impacto sobre as relações conjugais, que varia de acordo com o relacionamento do casal antes do evento. O estresse causado pela doença poderá fortalecer laços anteriormente enfraquecidos ou agravar problemas conjugais já existentes.

Em estudo²⁴ com doentes após infarto agudo do miocárdio, nas famílias que possuíam vínculos fortes entre seus integrantes antes do evento cardíaco, a união tornou-se facilitada e os familiares se empenhavam para estar mais próximos. Assim, ocorreu um aprofundamento na convivência dos familiares devido às preocupações que surgiram. Nesta situação os vínculos são fortalecidos diante do adoecimento.

Dessa forma, todas as mudanças ocorridas na vida dos sujeitos após a CRM devem ser bem trabalhadas para serem utilizadas como benefício pelos sujeitos e seus familiares, no sentido de melhorar sua qualidade de vida e seguir sua vida de maneira autônoma. Neste sentido, os enfermeiros podem fazer-se presentes, dialogar sobre as mudanças e incentivar o sujeito e o familiar para a busca pelo efetivo exercício do cuidado de si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que após a CRM, ocorrem mudanças na vida dos indivíduos revascularizados. O fato de cogitarem a possibilidade da finitude, parece fazer com que a vida seja vista de forma diferente. Essa reflexão desencadeia o desejo de cuidar de si, como um meio de manutenção da vida e da saúde. Além disso, percebem que antes da CRM, havia uma maior valorização dos outros, em detrimento de si mesmo, relatam que isso se modificou após a cirurgia.

Uma mudança identificada foi a valorização do cuidado realizado pelos profissionais e por outras pessoas de sua convivência. Porém, os sujeitos reconhecem que precisam tornar-se protagonistas do cuidado respaldados pela parceria com os profissionais de saúde. Neste sentido, os sujeitos tomam para si a responsabilidade do cuidado, ao mencionarem que este depende, principalmente, da própria pessoa revascularizada. Ainda afirmam que, de nada adiantaria as outras pessoas exercerem cuidados, se o próprio indivíduo não for o ator principal nesse processo.

Constatou-se que após a CRM, os familiares acabam impondo cuidados ao sujeito revascularizado, devido ao excesso de zelo, preocupação e receio. O sujeito, ao ser impedido de decidir sobre o cuidado para consigo, sente-se mimado, sufocado, com sua liberdade tolhida. Ele identifica uma inversão de papéis, quem cuidava passou a ser cuidado. Apesar disso, alguns sujeitos salientam que “brigam” pela manutenção da sua autonomia, realizando atividades contra a vontade dos familiares.

Outra mudança percebida é referente ao valor atribuído à sua vida, aos problemas do dia a dia, aos bens materiais e às pessoas. O ganho financeiro passa a ter um valor secundário, frente a sua vida e o convívio com seus familiares. Além disso, demonstram o desejo de viver mais próximo das pessoas com as quais tem afinidades, amizade e afeto.

O cuidado de si se manifesta, quando os sujeitos revascularizados conseguem compreender a sua importância na vida das pessoas, as escolhas dos outros e aceitar as outras pessoas como elas são. Além disso, quando entendem que precisam adotar uma postura ativa e autônoma em todas as situações da sua vida tomando posse de si e de seu cuidado, assumindo atitudes que lhe tragam prazer e bem-estar.

O estresse diário e as dificuldades enfrentadas em relacionamentos vivenciados antes da CRM parece que perderam o significado após a cirurgia. Os sujeitos relatam sentirem-se felizes com a proximidade, a preocupação e o carinho dos familiares, valorizam o cuidado recebido e verbalizam que, em um momento difícil, é que pode ser percebido quem realmente é importante na vida.

Diante deste contexto, destaca-se a importância para os profissionais de saúde conhecerem as mudanças percebidas na vida dos sujeitos após a CRM, para que possam auxiliar essas pessoas a superarem suas dúvidas, conflitos, medos do dia a dia. A enfermagem pode promover grupos de discussão, ou até mesmo nas consultas de enfermagem, incentivar o sujeito para que essas mudanças de atitude, não esmoreçam com o passar dos dias e o cuidado de si seja exercido cada vez com mais entusiasmo, autonomia mantendo-se um membro ativo nas decisões sobre sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Braile DM, Gomes WJ. Evolução da Cirurgia Cardiovascular. A Saga Brasileira. Uma História de Trabalho, Pioneirismo e Sucesso. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 94(2): 151-52.
2. Dallan LAO, Jatene FB. Revascularização miocárdica no século XXI. Rev. Bras. Cir. Cardiovasc. 2013; 28(1):137-44.
3. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico Acta Paul Enferm. 2013; 26(1): 8-13.
4. Souza RHS. Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca [Dissertação] Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná, 2004.
5. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 3. Ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2010.
6. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 10^a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^aed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
9. Vila VSC, Rossi LA, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(4): 750-756.
10. Carvalho ARS, Matsuda LM, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008; 10(2):504-512.
11. Beuter M. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.

12. Bergvik S, Wynn R, Sørlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education and Counseling*. 2008; 70: 227–233.
13. Montoro CH, González JS, Amezcua M, Nieves CB, Montero SP, Mañas MC. Compreendendo o sofrimento humano frente à doença: manifestações, contexto e estratégias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 maio-jun; 20(3):[10 telas].
14. Dantas RAS, Stuchi RAG; Rossi LA. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *RevEscEnferm USP*. 2002; 36(4): 345-50.
15. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 jan.-fev; 21(1):[08 telas].
16. Sá SPC. Representação social da velhice e as implicações no cuidado de si [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
17. Flores GC, Borges ZN, Denardin-Budó ML, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):467-74.
18. Remonatto A, Coutinho AOR, Souza EM. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós alta hospitalar: implicações para a enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM*. 2012 Jan/Abr; 2(1):39-48.
19. Boschco MD, Mantovani MF. As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. *Cienc Cuid Saude*. 2007 Out/Dez; 6(4):463-470.
20. Loss E, Mantovani M.F, Souza RHS. A percepção do cardiopata frente à cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm* 2003; 8 (1): 65-71.
21. Freitas IBA, Meneghel SN, Sell L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):301-310.
22. Olarte CA. Situaciones que requieren cuidado de enfermeira en el paciente en poso peratorio temprano de una revascularización miocárdica. *av. enferm*. 2010; XXVIII (1): 130-143.
23. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoi GMM, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(4):149-156.
- 24 Garcia RP, Budó MLD, Simon BS, Wünsch S, Oliveira SG, Barbosa MS. Vivências da família após infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):171-178.

25. Banner D, Miers M, Clarke B, Albaran J Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(4): 919–930.

4 DISCUSSÃO

Com o objetivo de embasar a pesquisa de campo, inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Nessa revisão, buscou-se conhecer as necessidades de cuidado e os fatores que influenciam no cotidiano dos indivíduos após a CRM. Essa pesquisa contribuiu para a aproximação do tema e para conhecer o que já existe de produção científica sobre essa temática. Os resultados da revisão de literatura foram válidos, também, para dar consistência para a realização da pesquisa de campo.

A pesquisa de campo foi realizada com indivíduos submetidos a CRM, e teve como objetivo compreender como ocorre o cuidado de si dessas pessoas após a alta hospitalar. Para atender esse objetivo principal, buscaram-se os significados atribuídos à CRM, por aqueles que a vivenciaram, conhecer o cotidiano dessas pessoas, além de descrever as mudanças provocadas pela cirurgia, visando o cuidado de si.

Para os sujeitos desse estudo, a descoberta da doença cardiológica e a necessidade de realizar CRM foi um fato inesperado. Esses indivíduos tinham a crença de que esse tipo de patologia acometia apenas populações com idade mais avançada. Além disso, a doença cardíaca, por envolver o coração, órgão vital, trouxe a simbologia da morte. Nesse sentido, a experiência com esta patologia e a realização da CRM levam o indivíduo a sentir medo da morte, causando uma sensação de vulnerabilidade, de desamparo e de perda de controle sobre sua vida (VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

Os indivíduos desse estudo não desenvolviam um cuidado consigo mesmo, além de que tinham um desconhecimento sobre seus corpos e suas manifestações. Não tinham o hábito de se observarem e em seu cotidiano, priorizavam as outras pessoas, os bens materiais e o trabalho, em detrimento de sua saúde e sua vida. Isto foi evidenciado em outras pesquisas, em que os sujeitos percebiam que algo não ia bem com a saúde, embora não relacionassem os sintomas com a doença cardiológica (MANSANO; VILA; ROSSI, 2009; ROCHA, 2012).

Os sentimentos relativos ao medo de morrer contribuíram para a mudança de postura, dos indivíduos do estudo, diante da vida. Após a CRM ocorreu uma maior valorização da vida, do desejo de cuidar-se e a percepção de que são importantes na vida das outras pessoas. O próprio sujeito passa a ser o centro de suas atenções, uma das formas evidentes de cuidado de si, como Foucault afirma: “é preciso ocupar-se consigo mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 14). Além disso, esses sujeitos demonstram o desejo de aproveitar a vida junto com as

pessoas importantes para eles. Os relacionamentos e a própria vida se sobrepõem aos bens materiais e ao dinheiro. Os sujeitos que realizaram CRM, também verbalizaram em outro estudo, que após o procedimento sentem sua vida mais tranquila, sem “correria” e estresse, além de fazerem apenas coisas que têm vontade (VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

A proximidade da família foi percebida como importante fonte de apoio pelos sujeitos do estudo. Porém, em algumas situações percebem que o zelo e cuidados que os entes queridos lhes oferecem, tolhem sua autonomia. Os familiares os impedem de realizar atividades que poderiam desempenhar sem auxílio, e esse cuidado é entendido como excessivo. Ainda nos relatos dos sujeitos sobre o cuidado recebido pelos familiares é possível perceber que o medo da morte após a CRM, não se restringe apenas ao sujeito revascularizado, a família também teme a perda de seu familiar. No adoecimento, emerge um processo coletivo de sofrimento em que a família e o indivíduo padecem para lidar com o problema, compartilhando bilateralmente o medo, a incerteza e a preocupação (MONTORO, et al, 2012).

Após a CRM, podem ocorrer sentimentos de dependência dos familiares e cuidadores. Os sujeitos percebem essa dependência como parte da recuperação, admitem que perdem a autonomia de decidir sobre suas vidas e seu cuidado, isso é percebido como algo negativo. Em outros estudos, a dependência de outras pessoas aparece como desencadeante de ansiedade, frustração, além de medo em “dar trabalho” para os filhos e para a esposa. (MANSANO; VILA; ROSSI, 2009; GONZÁLES; RUIZ, 2005).

O cotidiano da maioria dos sujeitos antes da CRM era marcado por comportamentos de risco para sua saúde, utilizavam abusivamente o sal, carnes gordurosas, fumavam, eram sobrecarregados no trabalho, além de não buscarem atendimento médico quando algum sintoma se manifestava. O mesmo aparece em outros estudos que demonstram que a adoção de hábitos saudáveis é o maior desafio para os indivíduos revascularizados (CALLEGARO, et al, 2012; ERDMANN, et al, 2013).

Em relação a necessidade de afastamento da atividade laboral, nesse estudo, foi constatado que os sujeitos percebem como algo importante nessa fase de recuperação, mas que gera desconforto. Sentimentos de perda de autonomia e dependência podem surgir, além disso, o trabalho representa manter-se autossuficiente, autônomo e o fato de afastar-se do trabalho resulta no medo de sobrecarregar a família financeiramente (VILA; ROSSI; COSTA, 2008; VILA; ROSSI; 2008; CALLEGARO, et al, 2012; ERDMANN, et al, 2013).

A relação dos indivíduos revascularizados com os profissionais de saúde aparece de duas maneiras, ora como uma dependência total, em que o sujeito espera as orientações,

principalmente médicas, para desenvolver atividades cotidianas, como também é percebida como uma parceria, uma via de mão dupla, em que o próprio sujeito identifica-se como o protagonista do cuidado, toma para si essa responsabilidade. Cohen (2009) afirma que as iniciativas que não geram risco aos sujeitos deveriam ser incentivadas pelos profissionais, pois, quando os indivíduos sentem-se apoiados em sua tomada de decisão, a adesão a comportamentos saudáveis melhora.

Os sujeitos, com o passar dos dias sentem mudanças e melhorias em sua vida, tanto física quanto psíquica, após a CRM. Essa percepção de melhora da vida faz com que os sujeitos percebam a necessidade de prestarem mais atenção em sua saúde e na importância do cuidado de si. Isto é reforçado em outro estudo em que após a cirurgia os indivíduos perceberam a necessidade de valorizar seu corpo, e o cuidado de si tornou-se fundamental (SILVA, et al, 2010).

A CRM é vista como um marco importante na vida, como uma nova oportunidade para viver concedida por Deus, por meio da atuação dos profissionais de saúde. Isto também foi evidenciado em outro estudo, em que os sujeitos percebiam a CRM como uma chance de fazer tudo novo, de novo, como se uma nova etapa começasse em sua vida. (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012).

Pelo exposto salienta-se a importância de os profissionais de saúde adotarem medidas de atenção a esses sujeitos e suas famílias após a CRM. O desejo de cuidar de si e mudar sua postura diante da vida, ser um sujeito autônomo e livre deve ser valorizado e estimulado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como ocorre o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio após a alta hospitalar. Considera-se que este objetivo foi alcançado, uma vez que a pesquisa traz contribuições relevantes para a atuação da enfermagem na área da cardiologia ao expor os significados atribuídos à CRM por aqueles que a vivenciaram, além de descrever o cotidiano dessas pessoas e as mudanças ocasionadas pela cirurgia no que tange ao cuidado de si.

A CRM tem diversos significados para os sujeitos do estudo, por envolver o coração, o órgão considerado vital e repleto de simbologias. Ocorre a percepção da fragilidade de sua vida e a possibilidade de sua finitude. Dessa forma, pode-se dizer que a realização da CRM é um marco na vida das pessoas, no que se refere ao cuidado de si. Parece que ocorre um despertar para o seu cuidado. O cotidiano anterior a CRM, era marcado pelo desconhecimento e descuidado de si e o dia a dia após a CRM passou a envolver atitudes voltadas para o seu cuidado e uma maior valorização de si mesmo.

O cuidado de si é visto como uma atitude importante e necessária pelos sujeitos, que requer mudanças drásticas no cotidiano. Uma das formas de cuidado, considerada importante no momento de recuperação da cirurgia, foi o afastamento das atividades laborais. O trabalho é reconhecido como uma condição fundamental na vida das pessoas, dessa forma, é manifestado o desejo de retomar suas atividades após a recuperação da saúde.

Ocorre por parte dos indivíduos, o temor de sobrecarregar a família, tanto nas questões laborais quanto nos cuidados para consigo, isso gera sofrimento e o sentimento de dependência. Esse sentimento é negativo e atinge fortemente a autonomia dessas pessoas, gerando percepção de baixa autoestima e pode refletir, negativamente, no cuidado de si.

Após a CRM os indivíduos revascularizados passam a dar mais valor a sua vida, aos momentos vividos no dia a dia e desejam ter mais proximidade com as pessoas que estimam. A morte, que antes da CRM não era cogitada em sua vida, passa a ser temida. Esse temor contribui para que os indivíduos queiram cuidar de si e aproveitar a “nova chance” oportunizada pela cirurgia.

Os resultados do estudo demonstram que, a família do indivíduo revascularizado também é atingida por mudanças. Os familiares assumem uma postura superprotetora, convencidos que assim diminuirá o risco de alguma intercorrência, no período de recuperação do doente. O familiar também tem o receio de que seu ente querido possa faltar em algum

momento da vida, assim, têm dificuldade em compreender que o cuidado de si deve ser compartilhado, estando junto, dando apoio e não realizando tudo pela pessoa doente.

Compreende-se que os profissionais de saúde precisam ser agentes estimuladores do cuidado de si de indivíduos submetidos a CRM. Devem ser oportunizados, ao indivíduo revascularizado e sua família, momentos de discussão e compartilhamento de dúvidas e angústias, junto aos profissionais de saúde. Esses encontros podem ser realizados em grupos ou durante a consulta de enfermagem, sendo que os profissionais devem estar aptos para estimular essas pessoas a seguir uma vida ativa e independente, mantendo o entusiasmo relacionado aos cuidados com a saúde.

A utilização da entrevista narrativa possibilitou que os sujeitos fizessem uma retrospectiva de suas vidas e assim emergissem diversos aspectos não cogitados como resultados no início da pesquisa. Emergiram diversas visões acerca do cuidado de si de indivíduos revascularizados, transitando entre os extremos: submissão e dependência *versus* autonomia e liberdade, os sujeitos tiveram a possibilidade de repensar a vida anterior à CRM e também vislumbrar o seu futuro como uma pessoa revascularizada.

Entende-se que esta pesquisa agrega conhecimento à Enfermagem e à Cardiologia, oferecendo subsídios para os profissionais dessas áreas realizarem uma assistência mais direcionada aos indivíduos revascularizados. Ao compreender como ocorre o cuidado de si após a alta hospitalar, é possível perceber que esses sujeitos desejam se cuidar para viverem mais e melhor e esperam que os profissionais de saúde sejam parceiros nesse cuidado.

Na pesquisa científica esse estudo pode contribuir como base para outros profissionais da saúde conhecerem as nuances do cuidado de si dos indivíduos revascularizados. Além disso, pode estimular a reflexão sobre a assistência que esses sujeitos estão recebendo no dia a dia profissional e quais as melhorias que podem ser adotadas no estímulo ao desenvolvimento da autonomia dessas pessoas, tornando-os aptos para realizar escolhas conscientes e livres referentes a sua vida.

Entende-se que a discussão acerca do cuidado de si de indivíduos revascularizados não se esgota com essa pesquisa, pois é um tema complexo e imprescindível no cuidado, principalmente tratando-se de doentes crônicos. Outros cenários e outros sujeitos devem ser pesquisados, com os olhares de outros pesquisadores, sempre agregando novos conhecimentos a área da saúde.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. **Rotinas em terapia intensiva.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BAUER, M.W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático.10 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> Acesso em: 10/03/12.
- CALLEGARO, G. D., et al. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 149-156, 2012.
- CERVO L.A.,BERVIAN, P.A. **Metodologia científica.**5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- COHEN, S. M. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. **Nursing Forum**, v. 44, n.1, p. 25-36, jan-mar. 2008.
- COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L.; FILHO, W.D.L. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 53-58, 2007.
- COSTA, V.T.; ALVES, P.C.; LUNARDI,V.L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 27-31, 2006.
- ERMANN, A. L., et al. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 8 telas, jan.-fev. 2013.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**,v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FOUCAULT, M.. **A hermenêutica do sujeito:** curso dado no Collège de France (1981-1982). 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- GIL A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed.São Paulo: Atlas, 2010.
- GÓMEZ, N. E.Z. La experiencia de sufrir una insuficiencia cardíaca crónica. Un padecimiento. que acerca a la muerte. **Investigación Educación en Enfermería**, v. 29, n.3, p. 419-425. 2011.
- GONZÁLES, J. S; RUIZ, M. C. S. Las vivencias del paciente coronario em la unidad de cuidados críticos. **Index de Enfermería**, v. 14, n. 51, p. 29-33, mar. 2005.

LEOPARDI, M.T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde.** 2 ed. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **RBPS**, v. 16, n. ½, p. 59-66, 2003.

MANSANO, N. G.; VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem relacionadas à enfermidade cardíaca para hipertensos revascularizados em reabilitação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n. 2, p. 349-59, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTORO, C. H. et al. Compreendendo o sofrimento humano frente à doença: manifestações, contexto e estratégias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 10 telas, maio-jun. 2012.

MORAES, F. Apologia ao uso da dupla mamária. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v.26, n.4, out./dez. 2011.

OREN, D. **Nursing: concepts of practice.** 6 ed. St Louis: Mosby., 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Información y Análises de Salud: Situación de Salud em Las Américas: Indicadores Básicos.** Washington , D.C., Estados Unidos de América, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

REMONATTO, A.; COUTINHO, A. O. R.; SOUZA, E. M. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós alta hospitalar: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n. 1, p. 39-48, jan-abr. 2012.

ROCHA, E. A. V. O mundo real do diagnóstico e tratamento da síndrome coronariana aguda no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27, n. 3, p. IV-V, 2012.

SÁ, S. P. C. **Idoso:** Representação da velhice e do cuidado de si. 2004. 238 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, São Paulo, set. 2009.

SILVA, S. E. D, et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 404-9, maio-jun. 2010.

SOUZA, D. S. R.; GOMES, W. J. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 3, Jul/ Set, 2008.

SOUZA, R. H. S.; **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

STEFANINI, E.; KASINSKI, N.; CARVALHO, A.C. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM- CARDIOLOGIA**. Barueri-SP: Editora Manole 2 ed. 2009.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós- Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT**. Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central, Editora da UFSM. 7. ed. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2010. 72 p.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 1, jan-fev. 2008.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 750-756, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Dados clínicos do prontuário**Nº de pontes revascularizadas:****Tempo de Internação:****Quantos dias de alta:****CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:****IDADE:****Data de nascimento:** _____ **Sexo:** F () M ()**Procedência:** _____**Escolaridade:** _____**Estado civil:** _____**Filhos:** _____ **Renda:** _____**Situação ocupacional atual:** _____**Principal atividade profissional que desenvolveu ao longo da vida:** _____**Doenças prévias à DAC:** _____**Fumante** _____

Apêndice B – Termo de confidencialidade

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

PESQUISADOR: Claudia Regina Maldaner.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Margrid Beuter.

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem.

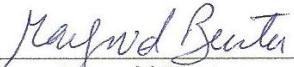
CONTATO: (55) 3220-8029. E-mail: claudia.maldaner@yahoo.com.br.

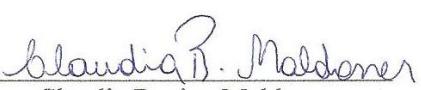
LOCAL DA COLETA DE DADOS: Ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados através de entrevistas e consulta ao prontuário dos indivíduos no ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam que essas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e futuras publicações de artigos científicos. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um banco de dados na sala dos professores nº1339 no Departamento de Enfermagem da UFSM, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Sra. Margrid Beuter. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ____/____/201, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, 16 de novembro de 2012.


Margrid Beuter
 Margrid Beuter
 Pesquisadora responsável
 COREN: 29136
 SIAPE: 379289


Claudia R. Maldaner
 Claudia Regina Maldaner
 COREN: 143174
 MATRÍCULA: 201260090

Apêndice C – Projeto pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

PROJETO PESQUISA: CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

PESQUISADORA: Claudia Regina Maldaner.

CONTATO: (55) 3220-8029 **e-mail:** claudmaldaner@yahoo.com.br.

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Margrid Beuter.

CONTATO: (55) 3220-8263 **e-mail:** margridbeuter@gmail.com

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria.

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Pacientes que realizaram a Cirurgia de Revascularização Miocárdica no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com consultas agendadas no ambulatório de Pré e Pós-operatório de Cirurgias Cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria.

DATA: ____/____/2013.

Caro participante da pesquisa:

- Você está convidado a participar desta pesquisa através da realização de uma entrevista, de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo: Compreender o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio após a alta hospitalar.

Ou seja, tem o objetivo de compreender como você está dando continuidade à sua vida depois da cirurgia.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista sobre o assunto. Será realizada a gravação das falas. Para essa atividade, será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Sobre a legislação vigente em pesquisa:

Benefícios: Estão ligados diretamente à produção de conhecimento acerca do cuidado de si. Para os indivíduos revascularizados os benefícios podem ocorrer por meio da reflexão mais profunda sobre o significado da CRM e de como estão desenvolvendo o cuidado de si após a cirurgia, além de terem a oportunidade de reelaborar a sua experiência, falar de seus sentimentos e ter alguém que escute com atenção.

Riscos: A participação na pesquisa representará riscos mínimos de ordem física ou psicológica para você, como aqueles aos quais você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. As informações somente serão divulgadas de forma anônima e ficarão arquivadas na sala dos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM nº1339, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Sra. MargridBeuter. Após esse período, os dados serão destruídos.

O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Desde já, agradeço pela colaboração,

Assinatura do Participante

Nome do participante

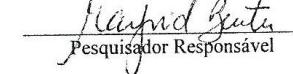
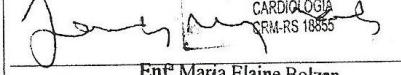
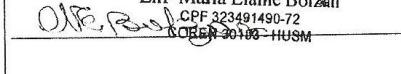
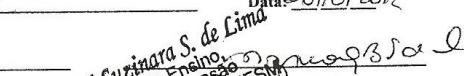
Assinatura da pesquisadora

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

ANEXOS

Anexo A – Folha de registro e acompanhamento de projetos

		MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DIRECÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO		 HUSM <i>Hospital Universitário de Santa Maria</i>
FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS.				
Nº Inscrição DEPE: <u>109/2012</u> Data: <u>22/10/2012</u> Pesquisador: <u>Margrid Beuter</u> Função: <u>Dra Prof Adj PP/Genf Enfermagem</u> SIAPE: <u>379289</u> Telefone: <u>99637451</u> Unidade/Curso: <u>Enfermagem</u> mail: <u>margridbeuter@gmail.com</u> Título: <u>Saúde de si de indivíduos após cirurgias de revascularização miocárdica</u>				
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Institucional FINALIDADE ACADÊMICA: <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Outro TIPO DE PESQUISA: <input type="checkbox"/> Inovações Tecnológicas em Saúde <input type="checkbox"/> Operacional <input checked="" type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Políticas Públicas de Saúde				
FONTE DE FINANCIAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Próprios <input type="checkbox"/> HUSM <input type="checkbox"/> Agencia Pública de fomento nacional <input type="checkbox"/> Agencia Pública de fomento internacional <input type="checkbox"/> Indústria Farmacêutica				
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de resarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.				
 <u>Margrid Beuter</u> Pesquisador Responsável				
Avaliação e Aprovação Setorial				
<u>Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.</u>				
Setores envolvidos	Concorda com o projeto		Assinatura e carimbo dos responsáveis	
<u>ADM CURSO DE PRÉ E PÓS DIPLOMATÍA</u> <u>TURGIA CARDIACA</u> <u>Setor: Simb. SAET</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	 DR. JONES OLIVEIRA DE MORAES CARDIOLOGIA CRM-RS 18355	
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	 Enf. Maria Elaine Bolzen CPF 323491490-72 COREN 30100-HUSM	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
PARECER COMISSÃO CIENTÍFICA DEPE: <u>APROVADO</u> Data: <u>26/10/2012</u>				
PARECER FINAL/DEPE: <u>AO CEP</u>				
 Prof. Dr. Suzinara S. de Lima Directora de Ensino Pesquisa e Extensão PROEN 56571 - HUSM Assinatura e Carimbo Data: <u>26/10/2012</u>				

Anexo B – Parecer Consustanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE SI DE INDIVÍDUOS APÓS CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Pesquisador: MARGRID BEUTER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10993912.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.246

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa com objetivo geral de compreender como ocorre o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica, após a alta hospitalar. Tem como objetivos específicos, conhecer o significado da cirurgia de revascularização miocárdica na vida de indivíduos revascularizados, visando o cuidado de si; conhecer o cotidiano de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio; descrever as mudanças provocadas pela cirurgia de revascularização miocárdica na vida de indivíduos revascularizados. O local do estudo será o ambulatório de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas do Hospital Universitário de Santa Maria. Os sujeitos do estudo serão adultos e idosos, que realizaram cirurgia de revascularização miocárdica no Hospital Universitário de Santa Maria. A coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista narrativa e consulta ao prontuário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender como ocorre o cuidado de si de indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio após a alta hospitalar.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar	Bairro: Cidade Universitária - Cambuí	CEP: 97.105-900
UF: RS	Município: SANTA MARIA	
Telefone: 5532-2093	Fax: 5532-2080	E-mail: comitecapesquisa@mail.ufsm.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**



- Conhecer o significado da CRM na vida de Individuos revascularizados, visando o cuidado de si;- Conhecer o cotidiano de Individuos que se submeteram à cirurgia de revascularização do miocárdio;- Descrever as mudanças provocadas pela CRM na vida de Individuos revascularizados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ESTÃO CONTEMPLADOS

Os riscos que a participação na pesquisa poderá trazer ao sujeito são o constrangimento, cansaço, desconforto em relatar como desempenha o cuidado de si no domicílio. Nesse sentido, se houver necessidade, será sugerida a interrupção da entrevista nesse momento, e de acordo com a vontade do participante será possível agendar outro momento para a continuidade da entrevista.

Benefícios:

Os benefícios para os Individuos revascularizados podem ocorrer por meio da reflexão mais profunda sobre o significado da CRM e como estão desenvolvendo o cuidado de si após a cirurgia. Salienta-se que o entrevistado não terá nenhum benefício ou ônus financeiro. Os resultados deste estudo poderão subsidiar as atividades desenvolvidas pelos profissionais, que atuam na cardiologia podendo justificar a inserção do enfermeiro nas consultas pós-operatorias no ambulatório. Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas da área e apresentados à equipe da cardiologia do HUSM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante, bem delineada, metodologia adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos estão presentes. TCLE bem escrito e em linguagem clara aos sujeitos. Cronograma correto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ronalda, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar	CEP: 97.105-000
Barro: Cidade Universitária - Camobi	
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: 5532-2003	Fax: 5532-2080

E-mail: comiteetica@pesquisa@mail.utfsm.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Felix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: 5532-2093 Fax: 5532-2080 E-mail: comitecapesquise@mail.ufsm.br