

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

PATRICIA DE GASPERI

**A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE NO CUIDADO A
PESSOAS QUE VIVENCIAM CIRURGIA CARDÍACA**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

PATRICIA DE GASPERI

**A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE NO CUIDADO A
PESSOAS QUE VIVENCIAM CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS
2005**

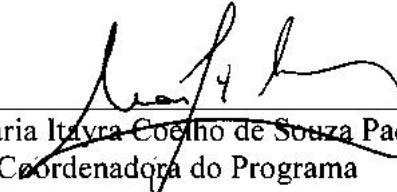
PATRICIA DE GASPERI

**A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE NO CUIDADO A PESSOAS QUE
VIVENCIAM CIRURGIA CARDÍACA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:


MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 06 de setembro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

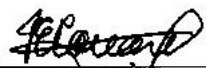


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

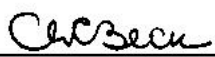
BANCA EXAMINADORA:



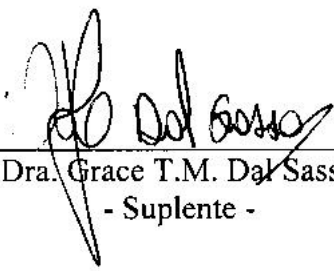
Dra. Vera Radünz
- Presidente -



Dra. Telma Elisa Carraro
- Membro -



Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
- Membro -



Dra. Grace T.M. Dal Sasso
- Suplente -

*Dedico este trabalho à pessoa que fez com
que a minha paixão pela Cardiologia fosse
despertada: Meu Pai*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Ademir** e **Matilde**, pelo apoio, pela amizade, pela preocupação, pelo incentivo. Por terem proporcionado condições para que eu pudesse dar continuidade a esta caminhada, por terem acreditado em mim, por terem me ensinado a lutar por meus sonhos e meus ideais. Hoje, mais um sonho se tornou realidade. Muito Obrigada!!! Amo vocês!!!

À minha irmã, **Graziela**, por ter sido minha amiga, minha incentivadora, por ter me oferecido apoio em todos os momentos que precisei, por ser minha irmã. Muito Obrigada!!

Ao meu namorado, **Leonardo**, pelo companheirismo, pelas palavras de incentivo, por ter escutado minhas reclamações, por ter compreendido minha ausência, por ser Meu Amor.

Aos meus **familiares** e **amigos**, pelo interesse demonstrado em meu trabalho, em minha caminhada. Isto me ajudou a seguir em frente. Muito Obrigada!

À minha orientadora, **Dra. Vera Radünz**, pelos ensinamentos, pela troca de conhecimentos, pelos galletos e stroganoffes e por me dizer: “vai dar certo!” Muito Obrigada, você foi muito importante na realização deste sonho!

Aos colegas de Mestrado, em especial aos amigos, **Fabiane** (Fabi), **Keyla**, **Leandro** (Lê), **Marizete** (Mari) e **Patricia** (Pati K.). Nos fomos mais do que colegas e amigos, nos tornamos irmãos. Obrigada pelas intermináveis tarde e noites de conversas entusiasmadas, divertidas e recheadas de comida. Nestas conversas surgiram idéias que agora estão se tornando realidade e outras que ainda se tornarão. Nunca esquecerei vocês!

Às professoras **Dra. Telma** e **Dra. Grace** e **Dra. Carmem** pela disponibilidade em ajudar-me em todos os momentos que precisei, e por terem me ajudado na construção e realização deste trabalho. Muito Obrigada!!

Às **pessoas** com as quais trabalhei. Sem vocês esse trabalho não teria sentido. Obrigada pela confiança e pela participação!

À **equipe do Hospital** onde este trabalho foi realizado e à equipe da UCOR, obrigada por terem acreditado neste trabalho e pela confiança .

Ao **Charles** pelo apoio técnico e por ter sido meu amigo.

À **Claudia**, secretária da PEN, por ter estado sempre pronta a ajudar.
Muito Obrigada!

À **coordenação** do Programa de Pós-graduação
em Enfermagem pela oportunidade e pelo
incentivo

Ao **CNPQ** pelo apoio financeiro, muito importante para a realização
deste trabalho.

A **Deus**, por ter colocado todas estas pessoas em
minha vida, por ter me mostrado o caminho
certo a seguir, por me ajudar nas noites de
angústia e incerteza e por estar presente em
todos os momentos da minha vida.

DE GASPERI, Patrícia. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca.** 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.
Orientadora: Dra. Vera Radünz

RESUMO

As Doenças Cardíacas vêm crescendo de forma assustadora nos últimos anos. Atualmente, apresentam-se entre as principais causas de mortalidade no Brasil. Entre as diversas formas de tratamento, sendo elas intervenções não-invasivas e invasivas, temos a realização da Cirurgia Cardíaca. A cirurgia é uma situação angustiante e única na vida do paciente e seus familiares. É evidente a forte relação existente entre a cirurgia cardíaca e o desgaste emocional do paciente e seus familiares, bem como a necessidade de envolvimento das pessoas que vivenciam este processo para que a recuperação e a reabilitação se dêem de forma efetiva. Entendo que cabe a nós, enfermeiros, auxiliar estas pessoas a compreenderem a situação pela qual estão passando e ajudá-las a entender que também são responsáveis pela sua saúde. Assim, a realização deste trabalho teve como objetivo principal refletir sobre os cuidados de enfermagem para a promoção da saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares, a partir do Modelo McGill de Enfermagem, cujo enfoque é a Promoção de Saúde, e do Modelo de Cuidado de Carraro. Para atingir os objetivos traçados, optei por desenvolver uma prática cuidativa – educativa com as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares. Este trabalho foi desenvolvido durante o mês de novembro de 2004 em um hospital de referência da região central do Rio Grande do Sul. Ao final deste trabalho, compreendi que o processo de cuidar e educar gerou frutos gratificantes. Entre eles posso citar o despertar do interesse das pessoas com as quais trabalhei, na busca da promoção de sua saúde. Acredito, também, que a presença de uma pessoa disposta a conversar, trocar experiências e conhecimento ajudou estas pessoas a vivenciar o momento de cirurgia cardíaca com mais serenidade e de forma mais participativa e consciente.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Enfermagem; Cardiologia; Cirurgia Cardíaca.

DE GASPERI, Patrícia. **Nursing promotion health on the care people who lived through cardiac surgery**. 2005. 98f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) - Post Graduation Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

Cardiac Diseases have increased in drastic form in recent years. Currently, they present themselves among the chief causes of death in Brazil. Among the diverse methods for treatment, whether they are non-invasive or invasive interventions, there is the challenge of Cardiac Surgery. Surgery presents a uniquely anguishing situation for within the life of the patient and his/her family. The strong evidence between cardiac surgery and emotional stress on the part of the patients their families; as well as the need for involvement from the people who face this process, in order that the recovery and rehabilitation are carried out effectively. It is the belief of this author that nurses have the capacity to assist these people in comprehending the situation they are facing and help them understand they are also responsible for their health. Thus, the completion of this study signifies an attempt to reflect upon nursing care towards the promotion of health of those who are submitted to cardiac surgery, as well as their family members, according to the McGill Model of Nursing and Carraro's Care Model. In order to achieve this established objective, the author opted to develop an educational-care practice for those people who were submitted for cardiac surgery, as well as for their families. This study was developed during November of 2004 in a well-known hospital in the central region of Rio Grande do Sul, Brazil. Upon completion of this study, it was clear that that the care and educative process offers gratifying results. Among such results were the awakening within the people involved in the study of an increased interest towards the specific issues of the study, the search for health promotion, the importance of having someone to talk with, exchange experiences, and share knowledge as they go through the challenge of cardiac surgery in a calmer and more participatory fashion.

Key-Words: Health Promotion, Nursing, Cardiology, Cardiac Surgery

DE GASPERI, Patrícia. **La enfermería promoviendo la salud para el cuidado a personas que atraviezan una cirugía cardíaca.** 2005. 98f. Disertación (Maestría en enfermería) – Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

Las enfermedades cardíacas vienen creciendo de forma asustadora en los últimos años. Actualmente se presentan entre las principales causas de mortalidad en el Brasil. Entre las diversas formas de tratamiento, siendo ellas intervenciones no invasivas e invasivas, tenemos la realización de la cirugía cardíaca. La cirugía es una situación angustiante y única en la vida del paciente y sus familiares. Es evidente la fuerte relación existente entre la cirugía cardíaca y el desgaste emocional del paciente y sus familiares, así como la necesidad de involucramiento de las personas que enfrentan este proceso para que la recuperación y la rehabilitación se den en forma efectiva. Creo que nos cabe a nosotros enfermeros, auxiliar a estas personas a comprender la situación por la cual están pasando y ayudarlos a entender que también son responsables por su salud. En tal sentido, la realización de este trabajo tuvo como objetivo reflexionar sobre los cuidados de enfermería para la promoción de la salud de las personas que se sometieron a la cirugía cardíaca y sus familiares, a partir del modelo McGill de Enfermería y de la Metodología de Carraro. Para alcanzar el objetivo trazado, opté por desarrollar una práctica cuidativa-educativa con las personas que se sometieron a la cirugía cardíaca y sus familiares. Este trabajo fue desarrollado durante el mes de noviembre del 2004 en un hospital de referencia de la Región Central de Rio Grande del Sur. Al término de este trabajo, se comprendió que el proceso de cuidar y educar rindió frutos gratificantes, entre ellos el despertar del interés de las personas con las cuales trabajé, en la búsqueda de la promoción de su salud, así como se constató que la presencia de una persona dispuesta a conversar, intercambiar experiencias y conocimientos les ayuda a vivenciar este momento de forma más calma y participativa.

Palabras Clave: Promoción para la salud; enfermería; cardiología; cirugía cardíaca.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A Trajetória da Enfermagem Junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções	56
Figura 2 - A Trajetória da Enfermagem Junto à Pessoa que vivenciou Cirurgia Cardíaca e Sua Família	59

LISTA DE SIGLAS

ACTP - Angioplastia Coronariana Translumial Percutânea

CEC - Circulação Extra-Corpórea

CME - Centro de Material e Esterilização

CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

DAC - Doença Arterial Coronariana

ECA - Enzima de Conversão da Angiotensina

HDL - Lipoproteína de Alta Densidade

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

LDL - Lipoproteína de Baixa Densidade

POI - Pós-operatório Imediato

SAME - Serviço de Assessoramento e Estatística

UC - Unidade Coronária

UCOR - Unidade Coronariana

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE SIGLAS	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 O coração e suas disfunções coronárias – aterosclerose.....	20
2.1.1 O Infarto Agudo do Miocárdio - IAM.....	24
2.2 Formas de intervir na evolução da Doença Arterial Coronariana	27
2.2.1 Intervenção não-invasiva.....	27
2.2.2 Intervenções Invasivas - Cirurgias Cardíacas e Angioplastia Coronariana Trasnlumial Percutânea.....	29
2.3 A vivência da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares ...	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO	42
3.1 Promoção de Saúde	42
3.2 O modelo McGill de Enfermagem	44
3.3 Os conceitos que norteiam este trabalho	48
3.3.1 Enfermagem.....	48
3.3.2 Pessoa/Família.....	49
3.3.4 Saúde	50
3.3.5 Ambiente	50
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 Local de realização do trabalho	52
4.2 Os sujeitos do estudo	53
4.3 Aspectos éticos e legais	54
4.4 O Modelo de Cuidado de Carraro e o Modelo McGill de Enfermagem	55
5 A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO ASSOCIADA AO MODELO MCGILL DE ENFERMAGEM	60
6 REFLETINDO SOBRE OS OBJETIVOS TRAÇADOS	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES	92
ANEXOS.....	97

1 INTRODUÇÃO

Há alguns anos, a Doença Arterial Coronariana (DAC) era conhecida como uma doença de elite, ou seja, só os homens ricos, de países desenvolvidos, sofriam deste mal. Hoje sabemos que a realidade é outra, pois não são somente os homens, nem somente os abastados que sofrem com problemas cardíacos.

Sabe-se que a Doença Arterial Coronariana (DAC) ainda é a principal causa de mortes nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, bem como de outros Países. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é responsável por mais de sessenta mil óbitos em nosso país, sendo considerado causa isolada de mortalidade. Em cada cinco ou sete casos de IAM ocorre um óbito, número considerado alto para a atualidade (MANSUR, 1997; PIEGAS, 2004).

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004) referem que do total de óbitos em 2001, 27,4% foram causados por doenças do aparelho circulatório, e destes, 22,8% causadas por infarto agudo do miocárdio. As neoplasias, que aparentemente causam mais mortes, representam 13% do total de óbitos. As doenças do aparelho circulatório encabeçam a lista de doenças que maior causam mortalidade. O IAM apresenta-se em segundo lugar nesta lista, ficando em primeiro lugar as doenças cerebrovasculares, que representam 32,8% das doenças do aparelho circulatório.

Meltzer (2000) refere que um dos principais responsáveis pelo aumento do aparecimento das doenças cardíacas é a associação entre fatores de risco, tais como sedentarismo, dietas à base de gordura animal e estresse, fatores estes que podem ser entendidos como o estilo de vida que as pessoas estão adotando atualmente.

Pellanda e col (2002) reiteram que a ocorrência de cardiopatia isquêmica pode ser o resultado de uma combinação de fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais representados pelo estilo de vida durante a fase adulta.

Vive-se sob constante estresse e cobranças, tanto no âmbito econômico quanto social e político, sempre em busca de ter mais: mais dinheiro, mais saúde, mais lazer, ou seja, nesta concepção atual, em busca de uma melhor qualidade de vida. Esta busca desenfreada de ser o melhor e ter o melhor gera estresse, desgaste físico e emocional.

Em conseqüência da elevação no número de doenças cardíacas, aumentou também o número de unidades coronárias nos hospitais. Ainda de acordo com Meltzer (2000), as Unidades Coronárias surgiram na década de 60 com o objetivo de evitar complicações após um evento cardíaco grave e proporcionar uma adequada reabilitação e um tratamento cardíaco eficaz. Com o avanço da tecnologia, expandiram-se as cirurgias cardíacas, tornando as Unidades Coronárias em centros especializados também na recuperação de pessoas submetidas a estas cirurgias.

Para que esta unidade tenha sucesso em seus objetivos é importante que a equipe atuante seja formada por profissionais especialmente capacitados e em constante busca de aprendizado, que sejam capazes de tomar decisões e atuar em emergências, levando em consideração as suas observações e julgamentos.

A necessidade de constante busca de aprendizado e, principalmente, experiências pessoais levaram-me a querer atuar em uma Unidade Coronária. Esta oportunidade surgiu no último semestre do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. No semestre em questão, os graduandos do curso elaboram um projeto assistencial para ser desenvolvido em uma determinada área, por eles escolhida, o que possibilitou que eu atuasse em uma unidade de tratamento cardíaco intensivo.

Durante a realização deste estágio, que ocorreu em Santa Maria – Rio Grande do Sul, na Unidade Coronária (UC) de um hospital da cidade, tive a oportunidade de conhecer a realidade do trabalho da equipe que atua naquela instituição, bem como compartilhar com as pessoas internadas, as angústias e medos em relação a sua nova condição de vida, após terem necessitado de internação em uma unidade de tratamento cardíaco intensivo.

Acredito ser importante destacar que o coração é um dos órgãos mais importantes do nosso corpo. É a “bomba” que faz todo o organismo funcionar. É, na percepção popular, o órgão que representa os mais puros sentimentos de amor, paixão,

raiva e tristeza. É a representação da vida e por isso gerador de tanto medo e angústia ao adoecer. Oliveira e Ismael (1990) afirmam que o coração é um órgão cheio de simbolismos, é o centro das emoções.

Neste sentido, entendo que o adoecer do coração leva as pessoas portadoras de cardiopatia a sentimentos de negação da doença, raiva, medo, sensação de morte iminente e finalmente, aceitação da doença e busca para tratá-la.

O estado emocional da pessoa fica ainda mais complicado quando o tratamento da doença, seja ela adquirida ou congênita, requer cirurgia. Neste caso, a pessoa sente-se ainda mais ameaçada, pois será necessário “mexer” em um órgão que representa vida ou morte. Além disto, a internação por tempo prolongado e a recuperação gradual, implicam em recesso do trabalho e de algumas atividades às quais estavam acostumadas, o que leva ao medo de ter seu estilo de vida alterado.

Cabe ressaltar que tratar de uma pessoa portadora de cardiopatia não se resume a fornecer medicação ou bons cuidados de Enfermagem, mas sim vê-la como um ser integral, que está passando por um momento único em sua vida e que precisa de apoio emocional e orientações. Percebo que este cuidado integral pode e deve ser prestado pela equipe multiprofissional.

Algumas pessoas portadoras de cardiopatia e seus familiares, com os quais mantive contato no período de realização do estágio de conclusão do curso de graduação, questionavam-me a respeito de como se daria a vida a partir da alta da Unidade Coronária (DE GASPERI, 2003). A seguir, cito alguns trechos de conversas que tivemos, tendo o cuidado de proteger a identidade das pessoas, usando nomes fictícios:

as dúvidas são em relação ao que vai mudar no estilo de vida do paciente.
(Adão - Familiar)

estou com medo das reações, de como será daqui pra frente. É como se fosse uma nova vida. (Bianca – Pessoa portadora de cardiopatia)

será que ainda vou poder jogar futebol e trabalhar como antes? (Carlos – Pessoa portadora de cardiopatia)

como é que vai ser? Eu vou ter que carregar ele pra todos os lugares?
(Daniela - Familiar)

eu acho que não vou poder comer tudo o que eu gosto. É uma pena! Será que vou poder comer salaminho e ovo no café? (Paulo – Pessoa portadora

de cardiopatia).

Estes questionamentos levaram-me a entender que a angústia destas pessoas estava intimamente relacionada com o medo de não poder manter o estilo de vida ao qual estavam acostumadas, ou seja, não poder mais trabalhar, ter momentos de lazer e ficar com a saúde prejudicada e, até mesmo, dependente de outras pessoas, prejudicando, desta forma, sua qualidade de vida.

Baseada nas vivências que tive durante a atuação em Unidade Coronária e nos estudos de aprofundamento na área, compreendi que um evento cardíaco grave, levando conseqüentemente a uma internação nesta unidade, gera alterações significativas na vida, nos hábitos e costumes das pessoas que necessitam desta internação e seus familiares, alterando, desta forma, o estilo e a qualidade de vida dos envolvidos no processo.

A pessoa que passou por uma internação em unidade de cuidados intensivos, como uma Unidade Coronária, sofreu o estresse de uma nova situação, teve medo e sentiu-se angustiada, precisou ficar afastada da família, do trabalho e dos hábitos que mantinha ao longo de sua vida. Teve sua qualidade de vida modificada neste período e, possivelmente, continuará com um déficit após a alta hospitalar, caso não seja orientada e não revise padrões de conduta.

Percebi, também, com minha vivência em Unidade Coronária que o profissional enfermeiro, que na minha opinião deveria ser o responsável por estas orientações, não dispõe de tempo para ter um contato mais aprofundado com o paciente e sua família. Na maioria das vezes, sua assistência fica restrita a assistência técnica e hospitalar, tornando difícil o conhecimento da realidade vivenciada por estas pessoas e, conseqüentemente, dificultando, também, a troca de conhecimentos e o esclarecimento de dúvidas.

Rabelo e Padilha (1999) referem que entre os motivos que levam o profissional a não orientar a pessoa que necessita destas orientações encontramos a falta de conhecimento sobre a importância de orientar e falta de motivação, em função de baixos salário e altas jornadas de trabalho, entre outros. Incluo aqui, também, a falta de

conhecimento a respeito do assunto que necessita ser orientado, pois, infelizmente, em algumas circunstâncias, encontramos profissionais não suficientemente capacitados para exercer a função de promotores de saúde e/ou educadores em saúde.

Levando em consideração a minha vivência, questiono-me: que cuidados a Enfermagem pode desenvolver para promover a saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e de seus familiares?

Penso que por meio da Promoção da Saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e de seus familiares, poderemos contribuir para que estas possam levar uma vida com o mínimo de déficits possíveis. Tendo sempre em mente a cultura, hábitos e conhecimentos dos envolvidos no processo, poderemos compartilhar conhecimentos com essas pessoas para que estas possam promover sua própria saúde.

Alexander (1997) refere que o principal objetivo da educação em saúde é capacitar a pessoa para que ela possa responsabilizar-se pelos seus próprios cuidados de saúde. Redirecionando o referido por Alexander para as pessoas com problemas cardíacos, a promoção de saúde, associada à educação em saúde, está ligada a conhecer os hábitos e costumes da pessoa que vivencia o problema cardíaco e das pessoas que o cercam, visando alcançar uma alteração sadia destes fatores.

Sendo assim, o incentivo à promoção da saúde, por meio da educação em saúde prestada no âmbito hospitalar e fora dele, levando em consideração os hábitos e costumes dos envolvidos no processo, poderá auxiliar as pessoas que vivenciam uma cirurgia cardíaca a modificarem seu estilo de vida, proporcionando assim uma melhor reabilitação e uma boa de qualidade de vida.

Considerando os aspectos abordados anteriormente, foram traçados os seguintes **objetivos:**

Objetivo geral

* Refletir sobre os cuidados de enfermagem para a promoção da saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares, a partir do Modelo McGill de Enfermagem e do Modelo de Cuidado de Carraro.

Objetivos específicos

* Realizar um processo cuidativo/educativo com as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares, baseada no Modelo de Cuidado de Carraro

associada ao Modelo McGill de Enfermagem ;

* Tornar as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares agentes ativos na promoção de sua saúde, contribuindo para uma mudança positiva no seu estilo de vida;

* Implementar uma estratégia de cuidado para a promoção da saúde das pessoas que experienciam cirurgia cardíaca e seus familiares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para que este trabalho apresente um melhor desenvolvimento, faz-se necessária uma revisão da literatura que apresente assuntos referentes a doenças cardíacas, em especial a aterosclerose, por ser esta a doença base da grande maioria das internações nas Unidades Coronárias e cirurgia cardíaca, dando destaque à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). Ao tratarmos com pessoas, seres únicos, não podemos deixar de revisar assuntos referentes aos sentimentos vivenciados pela pessoa que irá se submeter à cirurgia cardíaca e por seus familiares.

Optamos por revisar de forma mais aprofundada os aspectos referentes a cirurgia de revascularização do miocárdio, por este ser o tipo de cirurgia mais realizado na unidade coronária em questão. Segundo dados desta unidade, 70% das cirurgias realizadas são CRM. Sendo assim, torna-se importante conhecer a fisiopatologia do Infarto Agudo do Miocárdio, uma vez que pretendemos trabalhar com promoção e educação da saúde e, para tanto, não podemos nos deter apenas à cirurgia, mas sim aos fatores que antecedem a necessidade deste procedimento.

Entendo que esta revisão de literatura nos ajudará a auxiliar a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares a vivenciarem a nova situação, pois precisamos demonstrar conhecimento a respeito do assunto que tratamos para transmitir confiança às pessoas.

2.1 O coração e suas disfunções coronárias – aterosclerose

O funcionamento do nosso corpo está intimamente ligado ao coração, órgão que desempenha uma função fundamental para a manutenção da vida, função de bomba injetora de sangue arterial, oxigenado para todos os órgãos do corpo.

Anatomicamente, Castro (1978) explica que o coração pode ser caracterizado como um órgão oco, situado no mediastino, entre os dois pulmões e que contrai-se ritmicamente. Sua constituição se dá pelo conjunto de três túnicas, sendo elas, de fora para dentro, o pericárdio, o miocárdio e o endocárdio. O miocárdio forma o coração propriamente, sendo este revestido externamente por uma fina membrana, o epicárdio, e interiormente por uma outra membrana delgada, o endocárdio. O conjunto destas três túnicas fica protegido dentro de um saco fibroso, denominado pericárdio parietal .

Internamente, o coração é dividido em quatro cavidades, sendo duas superiores - átrios- e duas inferiores – ventrículos. Entre as cavidades superiores e inferiores existem orifícios denominados óstios atrioventriculares; entre os átrios encontramos o septo interatrial e entre os ventrículos encontramos o septo interventricular. (CASTRO, 1978).

De acordo com Hudak e Gallo (1997), sabemos que o miocárdio é irrigado por duas artérias coronárias, a esquerda e a direita. A esquerda se divide em dois grandes ramos: a artéria descendente anterior esquerda, que dá origem às artérias diagonais e septais, e a artéria circunflexa esquerda, da qual se originam os ramos marginais. Estas artérias percorrem a superfície externa dos ventrículos e dão origem a numerosos ramos, os quais se dividem por toda a extensão do coração, com o objetivo de levar sangue oxigenado ao mesmo, para que este tenha energia suficiente para desempenhar seu papel de “bomba”.

Estas artérias são as únicas fontes de oxigenação do miocárdio. Sendo assim, qualquer falha em seu funcionamento pode provocar problemas na função do coração. A principal doença das artérias coronárias é a aterosclerose, doença degenerativa que atinge a camada íntima das artérias, em especial das artérias coronárias.

Esta doença ocorre por um processo no qual existe uma deposição de placas, normalmente de substâncias gordurosas, ao longo da camada interna dos vasos, levando, progressivamente, ao estreitamento da luz dos mesmos. Quando este estreitamento chega a um grau II (50% da luz do vaso está obstruída) começam a surgir os problemas cardíacos (MELTZER 2000).

Para melhor entendimento, podemos dividir a obstrução coronária em grau I, quando a obstrução é igual ou inferior a 25%; grau II, quando a obstrução atinge cerca

de 50% da luz do vaso; grau III, quando ocorre uma redução de 75% na luz do vaso e grau IV quando a obstrução da luz do vaso é completa (MELTZER 2000).

Em relação aos fatores que podem levar ao desenvolvimento da aterosclerose, trago aqui alguns estudos que nos mostram a relação entre o estilo de vida das pessoas e o desenvolvimento das doenças coronarianas.

O Estudo dos Sete Países, que foi realizado na década de 50, na Finlândia, Holanda, Itália, Grécia, Iugoslávia, Estados Unidos e Japão, foi o primeiro a demonstrar as diferenças em relação à incidência de cardiopatia isquêmica, entre outras, em pessoas com dietas diferentes, deixando evidente que o colesterol poderia ser um marcador de doença arterial coronariana. Outros estudos nesta linha que tiveram repercussão foram os de Ni-Hon-San e o Intersalt, na década de 80 (KEYS, 1970; WHORTH et al, 1975 e INTERSALT, 1988).

O Estudo dos Sete Países é sem dúvida um clássico. No entanto, o estudo que teve maior repercussão foi o realizado na cidade de Framingham, nos Estados Unidos, efetivado a partir de 1948. Neste estudo, realizou-se a observação sistemática de uma população, buscando as relações entre as doenças que surgiram nesta comunidade e as diferentes condições apresentadas. Os primeiros resultados deste estudo comprovaram que a associação do nível de colesterol sérico, do hábito de fumar e da hipertensão arterial estavam relacionados com a cardiopatia isquêmica (DAWBER, 1980).

Fuster et al (1996) refere que fator de risco é um elemento endógeno ou exógeno, que está associado à maior probabilidade de desenvolver uma determinada enfermidade. O Colégio Americano de Cardiologia, durante sua 27ª Conferência de Bethesda, propôs alguns critérios a respeito dos fatores relacionados a DAC, distribuindo-os em quatro classes: Classe I – lipoproteína de baixa densidade (LDL), dietas hiperlipídicas, hipertensão arterial, hipertensão ventricular esquerda, tabagismo, entre outros. Estes são fatores que seguramente podem ser reduzidos com o emprego de algum tipo de intervenção; Classe II – são fatores tipo sedentarismo, diabetes, lipoproteína de alta densidade (HDL), obesidade, menopausa, entre outros, e provavelmente as intervenções usadas reduzem o risco de apresentar DAC; Classe III – refere-se aos fatores psicossociais, homocisteína, ingestão de bebidas alcoólicas, entre outros; aqui, talvez, possamos reduzir o risco de apresentar DAC; e Classe IV –

neste caso, normalmente, não é possível modificar os fatores, ou, caso consigamos modificá-los, não surgirá efeito. Inclui-se aqui fatores como idade, sexo, história familiar de DAC e estado sócio-econômico.

Além da classificação do Colégio Americano de Cardiologia, contamos com o estudo conhecido como PROCAM, realizado durante oito anos, que identificou como nove as variáveis de risco, a saber: idade, história pessoal de tabagismo e angina pectoris, história familiar de infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistólica, concentrações elevadas de LDL, baixos níveis de HDL, altas taxas de triglicerídeo e presença de diabetes mellitus (Assmann, 1998). Outra classificação usada é a descrita por Pollock e Wilmore (1990), na qual os fatores de risco são classificados de muito baixo até muito alto para o desenvolvimento da DAC, podendo ser subdivididos em primários (fumo, hipertensão arterial, altas taxas de LDL, baixas taxas de HDL, altas taxas de triglicerídeos e a inatividade física), e secundários, que por sua vez, são novamente subdivididos em modificáveis (obesidade, diabetes mellitus e o estresse) e os não modificáveis (hereditariedade, sexo e idade).

É importante lembrarmos que até hoje não se sabe de fato qual ou quais as causas da DAC. O que sabemos é que um conjunto de diversos fatores, também conhecidos como fatores de risco, está envolvido no desenvolvimento desta doença, mas nenhum fator pode ser responsabilizado individualmente (MELTZER 2000).

Sendo assim, penso que não cabe a nenhum profissional da saúde julgar quais os fatores que podem causar a DAC. Eles devem sim, procurar educar e orientar a população para que estes possam ser atenuados ou não venham a se desenvolver. Nota-se que os fatores de risco descritos nos estudos citados anteriormente têm pontos em comum, os quais devemos utilizar para trabalhar com a população quando falamos em promoção da saúde.

Ao tratarmos do espectro clínico da aterosclerose coronariana, devemos saber que ela pode ser assintomática ou sintomática.

Meltzer (2000, p. 09), explica:

à medida que as artérias coronárias vão se estreitando, os pequenos ramos destas artérias vão aumentando de diâmetro ou surgem novos ramos que vão mantendo um adequado suprimento sanguíneo do miocárdio.

Estes novos ramos, que surgem de acordo com a necessidade e que são chamados de circulação colateral, têm grande importância na determinação das manifestações clínicas da aterosclerose coronariana, pois é a quantidade de sangue oxigenado que chega ao miocárdio e não por meio de quais vasos que determina se a doença será sintomática ou assintomática.

A aterosclerose coronariana sintomática se dá devido à má oxigenação do miocárdio e se manifesta por meio de uma série de sintomas, listados a seguir em ordem de gravidade (MELTZER 2000 e MOTTA 2003):

* Angina pectoris – é a ocorrência de uma dor, localizada na região subesternal, com irradiação para o braço, pescoço, mandíbula, dentes e regiões escapulares.

Esta dor ocorre como resultado da falta de oxigênio para o miocárdio, sendo, normalmente, referida como uma pressão ou constrição dentro do peito e tendo duração relativamente curta, cessando logo após o uso de nitroglicerina.

* Insuficiência coronária aguda ou síndrome intermediária coronariana – caracteriza-se por uma dor mais intensa do que aquela sentida na angina pectoris.

Teoricamente, a insuficiência coronária aguda ocorre quando o miocárdio fica privado de oxigênio por um longo período e consegue restabelecer uma oxigenação adequada antes que ocorra destruição miocárdica. No entanto, sabe-se que, comumente, após a insuficiência coronária aguda, apresenta-se o quadro clínico de IAM.

* Infarto agudo do miocárdio – ocorre quando o miocárdio fica em isquemia intensa e contínua, causando lesões e destruições irreversíveis das células miocárdicas.

2.1.1 O Infarto Agudo do Miocárdio - IAM

O Infarto agudo do miocárdio é o sintoma de DAC que mais comumente exige internações e intervenções cirúrgicas. Os portadores destes sintomas figuram como foco na maioria dos trabalhos de prevenção, uma vez que estas pessoas e seus familiares necessitam de orientações visando uma adequada reabilitação e a manutenção de uma boa qualidade de vida. Sendo assim, torna-se necessário um aprofundamento a respeito desta patologia, realizado por meio do levantamento

bibliográfico dos seguintes autores: Timerman e col. (1996), Hudak & Gallo (1997), Ghorayeb e Meneghelo (1997) Meltzer (2000), Motta (2003), Brasil (2004).

Este dano tecidual irreversível causado ao miocárdio ocorre quando uma artéria coronária principal ou seus ramos sofrem uma oclusão, geralmente, desencadeada por um coágulo sanguíneo, desenvolvido na área rugosa de uma placa ateromatosa, ou por lesões ateroscleróticas, que podem danificar a parede arterial subjacente, provocando uma hemorragia abaixo da placa ateromatosa, que é deslocada e pode obstruir a luz da artéria. Ou, ainda, por um pedaço de placa ateromatosa que se desprende do seu local de origem e bloqueia uma ramificação arterial.

Gostaria de lembrar aqui que, apesar da maioria dos infartos serem causados pelos mecanismos citados anteriormente, existe a possibilidade de ocorrer infarto mesmo em situações em que a pessoa está com as artérias coronárias patentes. Isto pode ocorrer, por exemplo, quando em dado momento o miocárdio passou a necessitar de um grande suporte de oxigênio, como nos exercícios físicos extenuantes, ou ainda quando a pessoa é acometida por anemia profunda e súbita. Por este motivo, o aporte de oxigênio ao miocárdio fica também acentuadamente comprometido.

Na lesão tecidual de um infarto agudo do miocárdio encontramos três zonas distintas. A primeira seria a zona de necrose, onde o tecido miocárdico está irreversivelmente destruído. Ao redor deste tecido morto, temos a segunda zona, denominada de injúria, na qual, apesar das células estarem lesadas, ainda existe a chance de recuperação se a oxigenação adequada for restabelecida. Na terceira zona, encontramos o tecido isquêmico, caracterizado pela facilidade de recuperação das células lesadas.

O curso clínico do infarto agudo do miocárdio depende diretamente do tamanho da área atingida por essas três zonas. Hudak & Gallo, confirmam que “o tamanho e a localização do infarto têm impacto enorme sobre o prognóstico e sobrevida do paciente” (1997, pág. 303).

O IAM pode ser classificado, quanto à área lesada, em infarto anterior, quando a artéria descendente anterior é obstruída; infarto ântero-lateral, quando ocorre a obstrução da artéria diagonal; e infarto inferior, que ocorre quando a obstrução se dá na coronária direita ou nos ramos da artéria circunflexa.

Ao nos referirmos à espessura do infarto, podemos classificá-lo em transmural e subendocárdico. Assim, referimos que a pessoa sofreu um infarto transmural quando a necrose ocorreu em todas as camadas do miocárdio, provavelmente afetando a função de “bomba” do coração. Caso o infarto atinja apenas as camadas internas do miocárdio, é denominado de infarto subendocárdico, não afetando os movimentos cardíacos.

Nestes dois casos podem ocorrer complicações derivadas do infarto agudo do miocárdio, sendo as mais comuns, que atingem até 90% das pessoas, os distúrbios do ritmo e da frequência cardíaca, ou seja, as arritmias.

Seguindo as arritmias, mas não menos importantes, temos a insuficiência ventricular esquerda, ocasionada por um déficit no sistema de bombeamento; o choque cardiogênico, que é a fase mais avançada da insuficiência ventricular, tornando o coração incapaz de manter a circulação geral; o tromboembolismo e a ruptura de ventrículo esquerdo.

Quanto à sintomatologia, temos como principais sintomas apresentados numa situação de infarto: dor precordial, que ocorre de forma repentina, é intensa e de excruciante qualidade, concentra-se diretamente abaixo do esterno, não alivia com repouso, mudança de decúbito, uso de medicamentos caseiros e até mesmo os nitritos não apresentam efeito desejado. É referida pela pessoa como uma sensação que nunca havia experimentado e pode ser irradiada para o braço e para o pescoço. A dor pode ser acompanhada por sudorese excessiva, náuseas, vômitos, medo, apreensão, dispnéia e fraqueza geral acentuada.

Os sintomas citados anteriormente podem ser considerados como típicos de um IAM, sendo importante que os profissionais de saúde tenham este conhecimento, pois este é um meio de diagnosticar o quadro de infarto agudo do miocárdio. Ainda hoje, a base do diagnóstico do quadro de IAM é feito pela tríade quadro clínico, alterações eletrocardiográficas e dosagem enzimática (CPK, mioglobina e Troponina T). Além desta tríade, contamos ainda com o eletrocardiograma, testes ergométricos, radiografia de tórax, ecocardiografia, cintilografia e a cinecoronariografia.

A prescrição e a execução destes exames não são funções do enfermeiro, mas isto não implica em falta de responsabilidade. É importante termos conhecimento a

respeito das técnicas investigativas para podermos orientar a pessoa que necessita destes exames e seus familiares, bem como para sabermos avaliar se esta pessoa encontra-se em condições de realizar o exame ou não.

2.2 Formas de intervir na evolução da Doença Arterial Coronariana

As formas de intervenção no desenvolvimento da DAC variam desde a sua prevenção, com a mudança no estilo de vida até seu tratamento, podendo ser por meio de medicamentos, procedimentos invasivos e, também, por meio de mudanças no estilo de vida.

Sabe-se que a aterosclerose tem seu desenvolvimento iniciado ainda na infância, uma vez que começa com o aparecimento de manchas amarelas de lipídeos, que evoluem até formar um ateroma, responsável, muitas vezes, pelo surgimento da DAC na vida adulta (QUINTÃO, 1992 e PELLANDA 2002).

Sendo assim, a prevenção deve começar ainda na infância, mas infelizmente isto ainda não acontece de forma satisfatória em nosso meio. O que nos é apresentado no referente à prevenção, está relacionado com a busca da não evolução da DAC, ou seja, buscamos alterar nosso estilo de vida apenas após o surgimento de algum sintoma.

2.2.1 Intervenção não-invasiva

No tocante à mudança no estilo de vida, é importante sabermos que é possível regredir ou estacionar uma oclusão coronária. Os estudos realizados por Ornish et al (1990), Hambrecht (1993) e Niebauer et al (1997) confirmam que com a adoção de um estilo de vida saudável é possível controlar a DAC. Entende-se estilo de vida saudável como aquele no qual procuramos evitar os fatores de risco, como por exemplo: evitar o tabagismo, controlar o diabetes, a hipertensão e os níveis de colesterol e triglicérides, evitar dietas ricas em gorduras, praticar algum tipo de exercício físico regularmente,

ter momentos de lazer, procurar manter uma boa qualidade de vida.

Quando notamos que a DAC não foi controlada apenas pela mudança no estilo de vida, torna-se necessário então que complementemos seu tratamento com o uso de medicamentos. Assim, quando a pessoa apresenta angina estável geralmente não necessita internação, orientando-se repouso e o uso de nitritos (Meltzer 2000). Já na angina instável e no infarto agudo do miocárdio, torna-se necessária a internação, preferencialmente em Unidade Coronária.

O tratamento medicamentoso da angina instável se dá por meio do uso de benzodiazepínicos, para combater a ansiedade, nitratos e nitroglicerina, usados para controlar episódios isquêmicos, promover a vasodilatação e reduzir pré e pós-carga; bloqueadores do canal de cálcio, que são empregados para favorecer a vasodilatação coronária e reduzir o consumo de oxigênio pelo miocárdio e, ainda, os beta-bloqueadores adrenérgicos, que reduzem significativamente os episódios isquêmicos. Podem, ainda, ser utilizados a heparina ou o ácido acetilsalicílico, que são anticoagulante e antiagregante plaquetários, respectivamente, e reduzem a incidência de IAM em pessoas com angina instável (FERES et al.1996, PIEGAS et al., 2004).

Quanto ao tratamento do infarto agudo do miocárdio, temos os benzodiazepínicos, usados para a sedação e alívio da ansiedade, escolhidos por apresentar baixa toxicidade cardiovascular e respiratória; a meperidina, usada para aliviar a dor e escolhida por ter pouca interferência na frequência cardíaca, no inotropismo e nas pressões arteriais e sistêmicas; como antiarrítmico, usa-se lidocaína; para vasodilatação, faz-se uso de nitratos. São usados também anticoagulantes para prevenir a formação de trombose venosa profunda e evitar a embolia pulmonar, diminuir a possibilidade de ocorrer embolias sistêmicas, impedir a progressão do infarto, prevenir reinfartos e morte imediata ou tardia; antiagregantes plaquetários, usados para prevenir as reoclusões coronárias, inibir espasmo coronário e impedir que agregados plaquetários se agreguem ao trombo já existente; e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina – ECA, que buscam minimizar a dilatação da região infartada e a hipertrofia da área não acometida, além dos medicamentos usados na angina instável (TANAJURA e PIEGAS, 1996. Piegas et al., 2004).

Compreendo ser fundamental destacar que a mudança no estilo de vida não é

um tipo de tratamento isolado da DAC. Pelo contrário, esta mudança deve acompanhar todos os tipos de tratamento, bem como reforçada na promoção de saúde, o que a torna um dos focos deste trabalho.

2.2.2 Intervenções Invasivas - Cirurgias Cardíacas e Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea

Nos casos em que a obstrução coronária é muito severa pode ser indicada a angioplastia coronária ou a cirurgia de revascularização do miocárdio. Segundo Gottschall (1994), a primeira Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) foi realizada no Brasil, em 1979, na cidade de Curitiba. A técnica consiste na introdução, via artéria femoral ou braquial, de um cateter guia que chega à artéria obstruída. Por meio deste cateter é passado o cateter balão, que é posicionado sobre a lesão. Em seguida, insufla-se o balão com pressões de quatro a doze atmosferas, por um período de sessenta segundos; após, verifica-se a recuperação parcial ou total da artéria obstruída, por meio de lise mecânica ou laser, das placas ateroscleróticas e/ou trombos. O balão é insuflado repetidas vezes para “modelar” a artéria.

Atualmente, contamos com um avanço tecnológico na área médica muito importante. Mas, apesar de podermos contar com novos fármacos, terapias tromboembolíticas e angioplastias por balão ou a laser, a cirurgia cardíaca ainda é o melhor tratamento em alguns casos.

A história da cirurgia, de acordo com Costa (1998) iniciou-se, ainda, na chamada fase da medicina ibérica ou colonial (1500-1808), onde a profissão era exercida por diversas classes de profissionais, como os físicos ou médicos, que tinham formação universitária no exterior, e pelos cirurgiões ou cirurgiões barbeiros, que tinham situação social mais subalterna, eram licenciados apenas para a prática de operações cirúrgicas, mas, exerciam, na verdade, toda a medicina. Nesta época, existiam também os barbeiros, sangradores, boticários, anatômicos ou os simplesmente entendidos.

Em 1808, com a vinda da família real para o Brasil, fundam-se as Escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, que em 1813, passaram a ser Academias

Médico-Cirúrgicas. Estas Academias passaram a formar médicos e cirurgiões e depois da Independência foram transformadas em Faculdades de Medicina, estruturadas segundo o modelo francês, dando início a chamada fase pré-científica.

Esta fase iniciou no momento em que pesquisas médicas começaram a ser realizadas na Bahia e no Rio de Janeiro, momento em que passou a existir o que podemos chamar de Clínica Cirúrgica, isto é, a cirurgia praticada por profissionais de formação superior e ensinada nas Faculdades.

Nesta época, foi a primeira vez que se ouviu falar em cirurgia cardíaca, que foi realizada por Antonio José Peixoto, que havia praticado, no Rio de Janeiro, oito pericardiocenteses do pericárdio. As pericardiocenteses eram operações ainda controversas e foram as primeiras intervenções cirúrgicas relacionadas ao coração das quais se tem notícia em nosso País, mas ainda não consideradas cirurgias cardíacas.

Notou-se certa rivalidade entre São Paulo e Rio de Janeiro, uma vez que era no Rio de Janeiro que se encontrava a corte imperial. O Rio de Janeiro apresentou maior desenvolvimento cultural, científico e médico, no entanto, foi na Santa Casa de São Paulo que nasceu a cirurgia cardíaca brasileira.

Foi por volta da década de 40 que a cirurgia cardíaca realmente começou a dar seus primeiros passos na Europa e nos Estados Unidos. Foi nesse período, também, que os serviços brasileiros de cirurgia torácica, principalmente do Hospital das Clínicas, estabeleceram intercâmbio e receberam a visita de vários expoentes estrangeiros da especialidade e iniciaram, entre nós, a fase da cirurgia cardíaca fechada.

O progresso era rápido e a atividade intensa, mas tornava-se cada vez mais evidente que a cirurgia cardíaca fechada havia atingido seu ponto limite. Somente a abertura das cavidades cardíacas poderia expandir as possibilidades cirúrgicas e garantir o progresso da especialidade.

A circulação extracorpórea havia sido inaugurada em 1953, por Gibbon, na Filadélfia. No Brasil, a história da circulação extracorpórea liga-se diretamente à figura de Hugo Felipozzi. Foi em 12 de novembro de 1956 que se praticou pela primeira vez, na América Latina, a abertura das cavidades cardíacas sob circulação extracorpórea total.

Finalmente chegamos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, que se iniciou em 1968, no exterior, e foi logo iniciada em nosso País pelos médicos Jatene e Zerbini, em São Paulo, e Jaskik e Moraes, no Rio de Janeiro. A revascularização do miocárdio encontrou amplo uso e consolidou o conceito da cirurgia cardíaca, sendo amplamente utilizada até os dias atuais.

Atualmente, existe uma preocupação crescente em reduzir os traumas causados pelas cirurgias cardíacas, despontando então, nesta área, as cirurgias cardíacas minimamente invasivas e as cirurgias sem a utilização da circulação extra-corpórea (CEC).

A cirurgia cardíaca minimamente invasiva vem tendo um grande desenvolvimento. Nos dias atuais, possui um espaço bem definido na cirurgia de revascularização miocárdica. No entanto, é necessária uma reengenharia em todo o grupo cirúrgico para que se possa conseguir um alto índice de aplicabilidade (LIMA e KUBRUSLY, 2004).

Buffolo (1997) afirma que cirurgia minimamente invasiva não se refere apenas ao tamanho de incisão na pele. É um conceito muito mais amplo, que inclui anestesia, manejo farmacológico e cuidados intensivos.

A não utilização da circulação extra-corpórea também pode ser entendida como um auxílio na redução dos traumas causados pela cirurgia. Lima e Kubrusly (2004) referem que em princípio, todos os pacientes podem ser operados sem CEC, especialmente aqueles em que a não utilização da CEC pode trazer benefícios, como por exemplo, na doença vascular cerebral, ou quando há história de acidente vascular cerebral prévio, pacientes idosos, doentes com insuficiência renal, entre outras.

A evolução na área da cirurgia cardíaca está em franca ascensão, possibilitando vantagens para a equipe de saúde e para a pessoa que irá se submeter ao procedimento cirúrgico.

2.2.2.1 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio – CRM

Segundo Motta (2003), a cirurgia de revascularização do miocárdio objetiva reperfundir o local lesionado, por meio de enxertias nas artérias coronárias, realizando a anastomose à frente da área lesada da coronária, aumentando assim o fluxo

sanguíneo em seu local de destino.

De acordo com Nesralla e Sant'Anna (1994), a CRM é indicada em situações agudas, como durante um infarto do miocárdio complicado, após reperfusão miocárdica por estreptoquinase ou por angioplastia mal sucedidas e na fase crônica da doença isquêmica. A sua principal justificativa é o provável aumento da quantidade de sangue oxigenado que chega ao miocárdio.

As cirurgias cardíacas, nas quais encontramos a CRM, são um procedimento que causa muita angústia e medo à pessoa que irá se submeter ao procedimento, como também à sua família. Mello Filho (1992, p.253) explica que:

... a cirurgia cardíaca é um grande evento na vida das pessoas: primeiro, porque sendo um procedimento complexo e não fisiológico, tanto pode preservar a vida e melhorá-la quanto extinguí-la... Em segundo lugar, essa cirurgia simbolicamente vai mexer com o centro da vida e templo dos sentimentos... Por fim, a partir da operação o cliente conviverá com sinais físicos da cirurgia, sendo a cicatriz no peito a mais evidente. Isto o distinguirá entre os outros seres humanos; muitos a têm como um estigma de vulnerabilidade, enquanto para outros representa um ato de coragem.

Baseado no anteriormente referido, torna-se fundamental que exista um período pré-operatório adequado, onde possamos levar em conta todos os aspectos psicológicos e sentimentais que envolvem uma cirurgia cardíaca, visando evitar futuras complicações no pós-operatório e proporcionar que a pessoa que irá se submeter à cirurgia cardíaca e seus familiares possam vivenciar este período de forma mais consciente e tranqüila.

É importante, também, que tenhamos especial atenção com as orientações ofertadas no período pós-operatório, as quais devem buscar ajudar a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca a superar, ou pelo menos, entender esta nova condição. De acordo como disse Melo Filho (1992), pode-se gerar um certo grau de estigmatização e auxiliar a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares a readaptarem seus estilo de vida, gerando assim uma melhor qualidade de vida para os envolvidos no processo.

2.2.2.2 O período pré-operatório de cirurgia cardíaca

Os cuidados psicológicos e fisiológicos fazem parte do preparo realizado com a pessoa que irá submeter-se à cirurgia cardíaca no período pré-operatório, sendo de igual importância destacar que os cuidados devem envolver, também, a família desta pessoa.

No tocante ao preparo fisiológico, precisamos avaliar o grau de déficits dos sistemas cardiovasculares, respiratórios, renais, neurológicos, gastrintestinais e metabólicos, pois sua correção ou adequação permite reduzir a morbidade e a mortalidade da cirurgia cardíaca (PEREIRA *et al*, 1994).

A avaliação pré-operatória é feita por meio do exame físico e, principalmente, pela história clínica, a qual deve ser obtida por meio de uma conversa com a própria pessoa, se estiver em condições, ou com o familiar mais próximo. Esta pode ser realizada pelo enfermeiro e pelo médico, e tem como objetivos, segundo Cameron (1996), confirmar o diagnóstico primário, identificar condições clínicas relevantes que possam impedir ou dificultar a cirurgia e determinar a capacidade da pessoa em suportar o procedimento.

Cameron *et al* (1996) ainda destaca que durante a avaliação pré-operatória devemos avaliar os sinais vitais, verificando a pressão sistólica nos dois braços, para verificar a existência de estenose de artéria subclávia. Durante o exame de cabeça e pescoço é importante atentarmos para sinais de cáries, infecções na gengiva ou lesões no couro cabeludo, que possam causar uma bacteremia pós-operatória, e a frequência e ritmo do pulso devem ser detalhados.

Quanto ao preparo psicológico, entendo que o enfermeiro deve levar em conta o modo como a pessoa se prepara internamente para a realização do procedimento cirúrgico, ou seja, deve procurar conhecer, perceber e levar em consideração as fontes causadoras de angústia e, a partir, daí fornecer orientações adequadas a depender de suas percepções quanto ao que deve ser orientado a esta pessoa e a seus familiares e, se necessário, deve solicitar o acompanhamento do profissional psicólogo.

Segundo Romano (1994), as fontes de ansiedade, nesta fase, são:

- a separação da casa, da família, de seu ambiente, de suas coisas, ou seja, a perda da liberdade e a despersonalização;

- o medo com relação a vida em si. Durante a cirurgia, os batimentos cardíacos cessam, fazendo com que algumas pessoas acreditem que realmente morrem e revivem;

- o fato de assumir o papel de doente e antecipar questões com relação ao ato cirúrgico, dor, perda de controle sobre si mesmo e o medo de ficar dependente de alguém.

Pereira *et al* (1994, p. 99) reforçam os aspectos causadores de estresse à pessoa que irá se submeter à cirurgia cardíaca, relatando que “o período pré-operatório é acompanhado de grande estresse e ansiedade, devido à incerteza de sua evolução, separação da família, fantasias em relação ao procedimento (...) e pela possibilidade de morrer.”

Ficou evidente, conforme o relatado pelos autores, que o período pré-operatório comporta uma carga emocional muito grande, tanto para a pessoa que irá submeter-se à cirurgia cardíaca, quanto para a família, o que torna necessário que seja realizada uma adequada orientação, com o objetivo de ajudar estas pessoas a enfrentarem seus medos e angústias. Segundo Hudak e Gallo (1997), a orientação pré-operatória eficaz reduz a ansiedade e as respostas psicológicas ao estresse antes e depois da cirurgia.

Levando em conta os aspectos individuais de cada pessoa, fica caracterizada a importância de sabermos o momento certo de expor as orientações e o conteúdo destas orientações, bem como a importância em orientar também os familiares, para que estes possam ser multiplicadores destas informações em períodos de ausência do enfermeiro ou médico.

As orientações pré-operatórias, de acordo com minha experiência anterior em UC, devem compreender questões relacionadas às medicações usadas na noite, ou nas 08-12 horas anteriores à cirurgia, a alimentação e higiene no mesmo período, bem como orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico e a anestesia (DE GASPERI, 2003). Entendendo as pessoas como únicas e individuais, as orientações deverão ser feitas de acordo com a vontade e necessidade destas, sem necessariamente compreender todas as orientações citadas anteriormente.

2.2.2.3 O período trans-operatório de cirurgia cardíaca

A seguir, trago um breve relato da forma como se dá o procedimento cirúrgico e a chegada da pessoa ao centro cirúrgico. Este relato será baseado em autores e em minha experiência ao participar, como enfermeira, de todos os períodos que compõem a cirurgia cardíaca.

Ao chegar ao Bloco Cirúrgico, a pessoa que irá submeter-se à cirurgia cardíaca deve ser recebida pela enfermeira e encaminhada para a sala cirúrgica, onde estará à sua espera o médico anestesista, que lhe aplicará a anestesia, usualmente geral.

Segundo Hudak e Gallo (1997) e Nesralla e Sant'Anna (1994), o primeiro passo para o procedimento cirúrgico consta da incisão por esternotomia mediana, onde o esterno é aberto com o auxílio de uma serra esternal e as costelas são afastadas para expor o mediastino e o pericárdio. No caso de CRM, neste momento um outro cirurgião deverá estar realizando a dissecação da veia safena ou após a abertura do esterno será realizada a dissecação da artéria mamária interna.

Para dar continuidade à cirurgia, faz-se necessário que o coração esteja imóvel. Para tanto, utiliza-se uma máquina de desvio cardiopulmonar ou bomba oxigenadora, que assume o papel de oxigenar o sangue e distribuí-lo por todo o corpo. É por meio desta máquina que se faz a circulação extra-corpórea (CEC).

De acordo com Hudak e Gallo (1997, p. 327),

Depois de concluída a cirurgia, é retomada a perfusão da temperatura corporal, e o débito cardíaco é adequado de forma gradual. O desvio cardiopulmonar total passa a ser parcial, sendo que parte do sangue do cliente circula por meio do coração e dos pulmões, enquanto outra parte continua a circular por meio da bomba. O desvio cardiopulmonar é totalmente desligado, quando o coração do cliente assumir total responsabilidade pelo Débito Cardíaco.

Ao final do procedimento cirúrgico são colocados eletrodos temporários de marcapasso na superfície epicárdica do coração e drenos torácicos e/ou de mediastino. Uma vez atingida a hemostasia adequada, as bordas do esterno são reaproximadas com fios de aço inoxidável e a incisão é fechada.

Em seguida, a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca é encaminhada para

uma unidade de cuidados cardiológicos intensivos, local onde ocorre a recuperação e se iniciam as orientações para que possa ter uma boa recuperação e reabilitação após o evento cirúrgico.

2.2.2.4 O período pós-operatório de cirurgia cardíaca

A divisão das fases do período pós-operatório não são baseadas na literatura, mas sim nas normas e rotinas da instituição na qual o trabalho foi desenvolvido, o que proporciona uma melhor compreensão do relato das atividades desenvolvidas.

No período pós-operatório, procuramos cuidar dos aspectos fisiológicos e psicológicos, sendo ambos importantes para a boa recuperação e reabilitação da pessoa que se submete à cirurgia cardíaca.

O período pós-operatório pode ser dividido em pós-operatório imediato – POI, que compreende as primeiras 12 – 24 horas pós-cirurgia, e o período pós-operatório mediato, ou seja, após as próximas 24 horas.

O tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca é vital para a pessoa que se submete à cirurgia cardíaca, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração como bomba e a estabilidade hemodinâmica.

Para Smeltzer & Bare (1999), a principal finalidade do período pós-operatório é restabelecer o equilíbrio fisiológico da pessoa, promovendo conforto, alívio da dor e evitando o surgimento de complicações.

Sendo assim, cabe à equipe que assiste à pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, ser capaz de realizar uma avaliação criteriosa e tomar decisões imediatas, a fim de permitir-lhe um retorno rápido, seguro e confortável de suas funções.

Para Hudak e Gallo (1997) os objetivos imediatos da enfermagem são: manutenção adequada da ventilação, oxigenação e estabilidade hemodinâmica.

Assim, de acordo com os mesmos autores, a assistência de enfermagem deve atender para os seguintes aspectos: ventilação e oxigenação, ritmo cardíaco, estabilidade hemodinâmica, drenagens torácicas e sangramentos, débito urinário, hipotermia e estado neurológico.

Ao nos reportarmos aos aspectos psicológicos, no período pós-operatório, devemos lembrar do que refere Romano (1994), ao salientar que podemos dividir o pe-

ríodo pós-operatório psíquico em dois momentos bastante distintos: o imediatamente seguinte à cirurgia e a volta ao quarto ou unidade de internação. Este período é, também, composto por alterações e cuidados físicos e psicológicos, aos quais a equipe multiprofissional deve atentar.

Ainda Segundo Romano (1994), o principal fator desencadeante de distúrbios psíquicos na fase de pós-operatório está relacionado com a unidade de recuperação, pois ao chegar nesta unidade a pessoa encontra um ambiente estranho e assustador, com muitos ruídos e cheiros diferentes. Além disto, normalmente, do leito a pessoa tem apenas uma visão restrita e monótona, podendo causar angústia e cansaço em relação ao local de recuperação.

Depois de instalado em seu leito, surgem as dificuldades relacionadas à questão do sono, que fica restrito pelos vários procedimentos e medicamentos a que a pessoa precisa ser submetida de 2 em 2 horas, sem citar a insegurança gerada pelo grande número de profissionais que circulam dentro daquele ambiente e do desconforto físico gerado pela dor, muitas vezes resistente às medicações.

Estando cientes de todos estes aspectos psicológicos e fisiológicos que afetam a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares, nos perguntamos: Quem deve auxiliar e como auxiliar estas pessoas a passarem por este momento?

Acredito que o contato prévio da enfermeira da unidade de recuperação, neste caso a Unidade Coronária, e a orientação por ela prestada quanto a situação em que a pessoa iria se encontrar depois da cirurgia, garantindo o uso de medicação analgésica, bem como a apresentação da unidade de internação e de alguns membros da equipe, poderá reduzir as angústias e medos deste período.

Orientações a respeito da unidade de internação, informando a pessoa que irá submeter-se à cirurgia cardíaca e aos familiares que ela somente será transferida para a unidade de internação quando não precisar mais de um cuidado intensivo, poderá ajudar a minimizar o medo presente neste período.

Já no período pós-operatório tardio, no qual a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca já se encontra na unidade de internação, na companhia de sua família, devemos realizar as orientações pertinentes quanto ao novo estilo de vida que seria prudente adotar, dando ênfase à prática de exercícios físicos regulares, alimentação

balanceada (evitando frituras e gorduras), atividade sexual gradual, lazer, evitar o fumo e o álcool, bem como orientações a respeito do retorno ao trabalho, dirigir automóveis e cuidados com as incisões cirúrgicas, o uso dos medicamentos, a consulta ao médico e exames futuros.

Por meio destas orientações que devem ser prestadas pela enfermeira da unidade de cuidados intensivos cardiológicos, estaremos promovendo a saúde da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e de seu familiar, visando uma melhor reabilitação e uma re-educação de hábitos e costumes.

2.3 A vivência da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares

A situação vivenciada ao necessitar de cirurgia cardíaca é única e diferente para cada pessoa. A pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca enfrenta a situação de um modo, a família de outro, e a equipe de saúde, usualmente, procura encará-la como se fosse algo rotineiro. No entanto, para a pessoa que se submeteu a esta cirurgia e seus familiares, esta é uma situação geradora de altos níveis de estresse, angústia e crise existencial. Segundo Aguilera & Messick (1986), entenda-se crise como algo relacionado com o nosso lado emocional, na maioria das vezes, com significado negativo, sem, no entanto, esquecer que a situação de crise pode também significar ao mesmo tempo algo ruim e bom e representar ameaça ou oportunidade.

Para Dal Sasso (1994, p.84), baseada na idéias de Caplan (1980) e Aguilera & Messick (1986),

A crise é vista como uma alteração profunda na harmonia do sistema familiar, (...), pois as forças e estratégias de enfrentamento com que contava já não servem para as novas circunstâncias. Ela é um fenômeno que, ao mesmo tempo, combina ameaça com oportunidade.

Ao entendermos a situação vivenciada como uma situação de crise para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares, surge uma nova

preocupação, um novo cuidado que se deve ter com estas pessoas. Como a Enfermagem atua com a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca durante as 24 horas, deve ficar sob a responsabilidade destes profissionais ajudar esta pessoa e seus familiares a vivenciarem esta situação.

Então nos perguntamos: Como podemos ajudá-los? Que cuidados devemos prestar?

As respostas a estas perguntas não são simples, uma vez que os problemas decorrentes de uma doença severa, que requer cirurgia cardíaca, perpassam pelo desconhecimento da doença e por reações quanto ao ambiente desconhecido do hospital, muitas vezes interpretado erroneamente, o que certamente gera angústia. Além disto, há desconhecimento de medidas diagnósticas ou terapêuticas que podem gerar dúvidas sobre o futuro. Ao encontrar-se com este mundo desconhecido, a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e sua família passam a enfrentar uma situação extremamente conflituosa (DAL SASSO, 1994).

Concordo que esta situação é conflituosa, uma vez que gera sentimentos negativos e também positivos, como a euforia da pessoa ao se dar conta que sobreviveu a uma cirurgia cardíaca e a alegria da família ao saber que a cirurgia de seu familiar correu bem e que ele está se recuperando de forma satisfatória.

Os sentimentos de euforia e alegria são muito importantes para a boa recuperação da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e para que a família possa ter forças para ajudar seu familiar a recuperar-se bem. No entanto, existem também, sentimentos negativos e penso que estes devem ser trabalhados pela enfermeira, juntamente com a pessoa que se submete à cirurgia cardíaca e seus familiares, para que estas pessoas possam enfrentar a situação de forma mais satisfatória.

Ao tratarmos dos sentimentos negativos que as pessoas podem enfrentar, temos o medo da morte, angústia por ser internado em uma unidade de cuidados cardiológicos intensivos e por necessitar ficar afastado de seus familiares, além do desconforto de ter sua intimidade e suas vontades não respeitadas e o medo de não poder ter o mesmo estilo de vida que tinha antes de vivenciarem a cirurgia cardíaca.

Outro fator que pode gerar angústia para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca é o fato de receber uma assistência fragmentada, ou seja, cada profissional

trata apenas de sua especialidade, não enxergando a pessoa como um ser humano integral. Na verdade, algumas vezes não se enxerga o ser humano, trata-se aquela pessoa como um número ou uma doença (DAL SASSO, 1994). Além disto, como já relatado, cada período da cirurgia cardíaca é cercado por novas experiências, todas rodeadas de sentimentos como o medo, a angústia, a alegria e a esperança.

Uma das estratégias que a Enfermagem, neste caso a enfermeira da unidade de cuidados cardíacos intensivos, pode utilizar é a realização de orientações com a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seu familiar, tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório, assim como lhes apresentar a unidade de cuidados intensivos em questão e o centro cirúrgico, para que possam conhecer o ambiente e suas peculiaridades, além de encorajar algo que fortaleça a esperança destas pessoas. Compreendo que não podemos dizer simplesmente “fique tranquilo que tudo vai correr bem”, porque na verdade não podemos ter esta certeza. Podemos sim encorajá-los para que se apeguem a um Deus, a uma crença que lhes faça bem e reforçar a competência da equipe.

Enquanto a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca fica afastada de seus familiares não se pode descuidar da família, pois esta está igualmente vulnerável, apresentando sentimentos de medo e angústia, relacionados com o afastamento de seu familiar, o medo de que a cirurgia não apresente bons resultados ou que leve ao óbito de seu familiar. Além destes sentimentos, os familiares ainda enfrentam a falta e a dificuldade de receber e compreender as informações a respeito de seu ente querido, uma vez que alguns profissionais da saúde usam termos técnicos para se comunicar e não se dão conta que algumas pessoas não os compreendem. Há ainda o cansaço físico, gerado pela falta de acomodações junto ao hospital e a dificuldade para dormir e alimentar-se.

Alguns autores como Kleinpell (1989), Cotu-Wakulczyk & Chartier (1990), Hickey (1990), Ward, Constância & Kern (1990) e Forrester (1990) apud Dal Sasso (1994) apresentam sugestões feitas pelos familiares para que estes possam enfrentar esta situação de forma mais amena. Entre elas, destacamos: receber respostas honestas às suas dúvidas, receber informações a respeito do quadro clínico, conhecer o prognóstico, as conseqüências e as chances de recuperação; ter a certeza de que será

chamado em casa caso haja alguma mudança; receber informações compreensíveis, com linguagem acessível; ter confiança que o pessoal do hospital cuida bem do seu familiar; ter esperança; saber o que está sendo feito pelo bem-estar do familiar; vê-lo freqüentemente; conversar com o médico; ter uma sala de espera próxima ao familiar; estar confiante de que o familiar tem todos os direitos; ter uma pessoa específica para chamar no hospital; conversar com o enfermeiro todo o dia; ter um telefone próximo da sala de espera; e sentir-se aceito pelo pessoal do hospital.

Acrescento a essas sugestões: orientar os familiares para que procurem hospedagem próxima ao hospital ou na casa de algum conhecido, que possa dar-lhes apoio, explicando a importância de manterem-se alimentados e fortes o suficiente para cuidar de seu familiar submetido à cirurgia cardíaca, ajudando-o a recuperar-se e reabilitar-se de forma satisfatória.

Uma conversa sincera, fornecendo todas as informações que a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares requisitarem, usando terminologia adequada, compreensível, orientando aquilo que por experiência consideramos importante, atentando para a necessidade, a vontade e o momento correto de fornecer estas orientações, poderia ajudar estas pessoas a enfrentarem esta situação, muitas vezes inesperada, que segundo Dal Sasso (1994) é geradora de uma desorganização na vida destas pessoas, comprometendo a vida da unidade familiar .

Nós, profissionais, não podemos esquecer que enfrentar uma cirurgia cardíaca pode implicar em um isolamento social, tanto para a pessoa que a enfrentou quanto para seus familiares os quais, por sua vez, impedem as pessoas de interagirem socialmente e desenvolverem ações construtivas, deixando-as mais vulneráveis ao confrontarem-se com os problemas da vida diária. (DAL SASSO, 1994). Cabe então a nós, profissionais da Enfermagem, ajudá-las a superarem este possível isolamento social que ocorre no momento da cirurgia cardíaca, possibilitando que seja realmente um isolamento breve, sem estender-se aos demais momentos vivenciados por estas pessoas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para sustentar teoricamente este trabalho lançamos mão do Modelo McGill de Enfermagem, uma vez que este se empenha em promover a saúde das pessoas/famílias por meio de suas próprias experiências e com a ajuda de profissionais capacitados. Portanto, faz-se necessário que tenhamos conhecimento a respeito de Promoção de Saúde, uma vez que o enfoque deste trabalho é o cuidado as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares, promovendo sua saúde.

3.1 Promoção de Saúde

A preocupação com o conceito de promoção da saúde é algo relativamente novo, presente no modelo de saúde atual, no qual nos preocupamos em manter a saúde das pessoas, por meio da participação das mesmas.

No entanto, se a considerarmos em seu sentido mais amplo e histórico, entenderemos que as práticas desenvolvidas desde o princípio da humanidade, onde a mãe cuidava da saúde dos filhos e do marido, fosse por meio de chás, receitas caseiras ou rezas, são hoje reconhecidas como ações de promoção da saúde. (CASTILLO, 2000)

De acordo com Duarte apud Castillo (2000), a promoção de saúde está, hoje, institucionalizada por meio das concentrações políticas do setor da saúde na busca de recursos para o desenvolvimento de novas e inovadoras estratégias que visam a melhoria da saúde da população.

Considero importante afirmar que estamos trabalhando com promoção da saúde

e não com prevenção, pois promover significa dar impulso, gerar alguma coisa (Ferreira, 1986) e promoção da saúde é definida como algo que serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral, sem necessariamente estar relacionada com uma determinada doença (LEAVELL & CLARCK, 1976).

Trabalhamos nesta prática com pessoas que enfrentam problemas cardíacos. No entanto, nosso cuidado não está relacionado apenas com a cura, tratamento e prevenção de problemas e/ou recidivas, está sim comprometido com a busca de uma boa vida, de um bem estar geral para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e para sua família.

Cabe destacar que entendemos a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade. No caso deste estudo, é a capacitação da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares, para atuarem na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2001).

Duarte apud Castillo (2000), complementa ao mencionar que a promoção de saúde refere-se às necessidades básicas de educação, habitação e emprego, uma vez que estes elementos condicionam o processo saúde-doença. Ao unirmos os dois conceitos referidos anteriormente, podemos entender que a promoção da saúde não corresponde apenas a ter saúde, ausência da doença ou um estilo de vida saudável, mas refere-se sim à busca de um bem-estar global (BRASIL, 2001).

Sabe-se que este bem-estar global conglomerava em seu significado as condições de vida individual, bem como a busca pela saúde e por uma boa qualidade de vida e que a saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida (BRASIL, 2001).

O International Council on Nurses (2004) confirma que, quando proporcionamos às pessoas oportunidades, conhecimento e acesso a serviços e recursos elas passam a ter capacidade de produzir sua própria saúde e a saúde de suas famílias.

Assim, as ações de promoção de saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Uma das

formas de atingir a meta da promoção de saúde se dá por meio da **educação em saúde**, entendida como uma atividade multiprofissional e interdisciplinar, resgatando o gosto pela vida e apoiando as pessoas na sua luta cotidiana pela vida (MEDEIROS, 2003 e VASCONCELOS 2001).

Sendo assim, por meio da promoção da saúde, praticada quando as pessoas têm acesso a informações que poderão ajudá-las a decidir quais as escolhas necessárias para melhorar suas condições de vida, a enfermeira pode ajudá-las a vivenciar esta nova condição de vida, orientando sobre as mudanças necessárias no seu estilo de vida, procurando melhorar o processo de recuperação e reabilitação das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca.

Percebo, também, que por meio da educação em saúde, visando a promoção da mesma, podemos tornar as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares agentes ativos no processo de recuperação pós-cirurgia cardíaca e na obtenção de um estilo de vida adequado à sua realidade.

Por acreditar que é possível promover a saúde das pessoas, fazendo uso de seus próprios conhecimentos e, também, por meio de novos conhecimentos, adquiridos através da troca de experiências, ajudando-as a melhorar ou manter sua saúde e qualidade de vida, escolhi o Modelo McGill de Enfermagem para nortear este estudo.

3.2 O modelo McGill de Enfermagem

O modelo McGill de Enfermagem foi desenvolvido e aprimorado sob a orientação da Dr^a. Moyra Allen, a qual visualizou na Enfermagem um papel único, ativo e complementar, que visava promover o cuidado à saúde.

Segundo informações da McGill University School Of Nursing (2004), na década de 60, desenvolveu-se, no Canadá, uma nova abordagem no cuidado a saúde, onde surgiu um plano de seguro universal. Esta mudança fez com que a demanda aos serviços de saúde aumentasse, proporcionando uma expansão nos cuidados de enfermagem.

Na década de 70, levando em consideração esta expansão, a escola de Enfermagem da Universidade de McGill estabeleceu, juntamente com a Dra Allen, uma função complementar para a Enfermagem, desempenhando um papel único junto às pessoas e seus familiares, papel este que buscava ajudar as pessoas a ter conhecimento sobre sua saúde.

Com este modelo, as enfermeiras visam engajar a pessoa/família a participar de forma ativa no processo de aprendizado sobre a sua saúde e a saúde de sua família, o que o tornou útil para a prática da Enfermagem e proporcionou um novo papel para as enfermeiras.

Com o passar dos tempos, este modelo foi sendo aprimorado, testado e implementado em vários locais de prática de Enfermagem, resultando na sua ampla aceitação no Canadá, Estados Unidos e Ásia. Nota-se que este modelo enfatiza a promoção da saúde, por meio da capacitação das pessoas para que estas possam controlar e melhorar suas saúde, o que, entendo, poderá ocorrer por meio da educação em saúde.

Gottlieb & Rowat, (1987) Kravitz & Frey apud Clark & Olson (2000), enumeram alguns **pressupostos** do modelo McGill de Enfermagem:

- * a saúde de uma nação é seu recurso mais valioso;
- * as pessoas e as famílias aspiram a serem saudáveis e a terem potencial para alcançar uma saúde melhor;
- * melhor saúde é conseguida e melhor aprendida por meio do envolvimento ativo e da descoberta pessoal;
- * Enfermagem é um recurso de saúde para as famílias e para as comunidades e
- * saúde é um fenômeno de (que envolve) famílias e comunidades.

A escolha deste modelo foi determinante para este estudo, pois traz consigo pressupostos relacionados à saúde e promoção da saúde, uma vez que prega a educação das pessoas para que estas possam ter conhecimento sobre sua saúde e possam, desta forma, alcançar uma saúde e qualidade de vida mais adequadas.

Ao colocar a Enfermagem como um recurso de saúde para as famílias, nos permite pensar que podemos ser um instrumento por meio do qual as pessoas podem obter aprendizado sobre saúde, tornando-se assim envolvidos e ativos no processo de

restabelecimento da sua saúde.

Neste ponto, Radünz (1999) relata que a enfermeira tem o dever de despertar a responsabilidade e a capacidade para o autocuidado, orientando os cuidados que a própria pessoa pode e deve fazer. Percebo este papel descrito por Radünz como um papel essencial para a enfermeira: a educação em saúde e o despertar do interesse pela sua própria saúde, visando a promoção da mesma, com o auxílio das pessoas diretamente envolvidas no processo.

De Gasperi (2003) destaca que cabe ao enfermeiro escolher a melhor forma para abordar a educação em saúde com as pessoas, mas jamais deve ser esquecido que as ações educativas tem o objetivo de promover bem-estar e encorajar as pessoas a seguirem a terapêutica proposta, visando uma melhor qualidade de vida.

O Modelo McGill de Enfermagem visando atingir os objetivos da enfermagem/enfermeira, divide o processo de Enfermagem em três fases, sendo elas, de acordo com Warner (1997 apud Clark & Olson, 2000), *fase exploratória, fase de trabalho e fase de descoberta*, correspondentes as fases de *coleta de dados, método prático e estágios de avaliação* (Allen, 1997 apud Clark & Olson, 2000).

Na fase inicial, de acordo com Olson (2000), a enfermeira começa a familiarizar-se com a família e seus pensamentos sobre sua saúde, bem como procura incentivar as pessoas a trabalharem para serem saudáveis. Na segunda fase, a enfermeira procura colaborar com a família desenvolvendo um plano que ajudará as pessoas a lidarem com as situações de saúde-doença que se apresentam, e na terceira fase, a enfermeira e as pessoas/família revisam as duas primeiras fases e assim, descobrem quais as ações que podem ser feitas e quais as conseqüências destas ações.

Para melhor entendimento, a seguir descrevo as três fases que compõem este Modelo:

Fase de coleta de dados ou exploratória – nesta fase a enfermeira procura conhecer, familiarizar-se com o perfil da pessoa e de sua família, atentando para as questões de saúde pelas quais estão passando. Para ajudar neste conhecimento, pode-se fazer uso de perguntas como: De que questões a pessoa ou família está tratando? O que a pessoa ou a família quer, em que direção estão trabalhando? Como a pessoa ou família está se saindo em relação à questão? Quais os potenciais da pessoa e da família

para desenvolverem e/ou encontrarem maneiras de viver mais saudável? Que recursos a pessoa e a família estão usando, e que outros recursos poderiam ser mobilizados? Quais aspectos do contexto mais amplo da pessoa e da família podem explicar a situação de saúde atual? (Allen, 1986, 1997; Warner, 1997 apud Clark & Olson, 2000).

Olson (2000) refere que, enquanto as enfermeiras buscam por estas respostas, já devem estar incluindo a pessoa e/ou a família em atividades que tragam informações úteis para a saúde destas pessoas, incentivando-as a trabalharem nas suas próprias questões de saúde. Ao mesmo tempo, a enfermeira está atenta para as potencialidades da pessoa e/ou da família que poderão ser utilizadas nas atividades de promoção de saúde. Segundo a autora, esta fase deve ser encerrada com uma negociação, entre a enfermeira e a pessoa e/ou a família, a respeito das maneiras que serão utilizadas para que possam continuar trabalhando juntos, esclarecendo os papéis e as expectativas de cada um.

Fase de método prático ou de trabalho – a atuação da enfermeira, nesta fase, está mais focada (Warner, 1997 apud Clark & Olson, 2000) e tem seu início com um resumo do que foi levantado na fase anterior. Em seguida, a enfermeira atenta para o que a pessoa e/ou a família quer realizar durante a relação enfermeira – pessoa e/ou família, ou seja, atenta para os objetivos traçados por eles. Posteriormente, a enfermeira pode conduzir, juntamente com a pessoa e/ou família, sessões que tenham como foco um planejamento estratégico, e destas surgem um plano de ação, desenhado de acordo com a idéia que a pessoa/família tem sobre as maneiras de lidar com as questões de saúde em foco. Enfim, a enfermeira permite que a pessoa e/ou família teste o plano que elas próprias estabeleceram com a supervisão da mesma (OLSON,2000).

Fase de avaliação ou de descoberta – a enfermeira juntamente com a pessoa e/ou família reflete e avalia a relação estabelecida e como o plano tem funcionado na sua função de aproximá-los dos seus objetivos de saúde. É importante que a enfermeira inclua-se no processo de reflexão, uma vez que cada situação de Enfermagem é diferente e uma oportunidade para que a enfermeira aprenda junto à pessoa e/ou família (OLSON, 2000).

3.3 Os conceitos que norteiam este trabalho

Conceitos são abstrações por meio dos quais conhecemos “o que é algo”, sem afirmar ou negar algo sobre isto. Uma das funções básicas dos conceitos é conhecer a essência e descrever a natureza destas coisas (KING, 1988).

Os conceitos que norteiam esta prática foram baseados na idéias do Modelo McGill de Enfermagem de acordo com Clark & Olson (2000) e nas minhas próprias concepções.

3.3.1 Enfermagem

A Enfermagem é uma profissão que tem como foco principal a saúde (Aridgett, Ezer & Macdonald, 1981, apud Clark & Olson, 2000), sendo a promoção desta seu objetivo fundamental (Gottlieb & Rowat, 1987 apud Clark e Olson, 2000). Ela é responsável por incentivar a descoberta pessoal a respeito do viver saudável e ser saudável. A (o) enfermeira (o) deve procurar promover situações em que as pessoas tenham acesso a informações pertinentes sobre saúde, oportunidades para discutir e dividir conhecimentos e informações (KRAVITZ and FREY, 1989, apud CLARK & OLSON, 2000).

Assim, neste trabalho, compreendo Enfermagem como o instrumento por meio do qual a enfermeira estimula a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares a buscarem, em conjunto, uma solução para a situação vivenciada, o que neste caso, seria adequar sua condição de vida após a alta hospitalar.

Destaco entre os papéis da enfermeira as **orientações pré e pós-operatórias**. Estas orientações são fornecidas às pessoas e a sua família, nos casos em que estas estão dispostas a recebê-las, por meio de conversas informais, fazendo uso de linguagem clara e objetiva. Tem como objetivo esclarecer possíveis dúvidas quanto ao preparo pré-operatório, medicações, exames e alimentação, procedimento cirúrgico, a recuperação em unidade coronária, a transferência para unidade de internação, bem como a respeito do novo estilo de vida que seria prudente que fosse adotado.

3.3.2 Pessoa/Família

Compreendo pessoa como membro de uma família, tornando assim difícil trabalhar o conceito de pessoa sem atentarmos para a sua família. Para Olson (2000) as pessoas e a família são vistas como solucionadores ativos de problemas, capazes de aprender novas maneiras de enfrentar as situações que se apresentam no decorrer da vida.

Para Gottlieb & Rowat (1987) apud Clark & Olson (2000), a pessoa e sua família são participantes ativos na busca do viver saudável e a enfermeira apenas colabora com estas pessoas na realização dos objetivos que estas traçaram para si próprias. Olson (2000) reitera isto quando entende que a pessoa e sua família possuem a força, os recursos e a energia necessária para trabalhar por seus próprios objetivos de saúde.

A **pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca** também faz parte de uma família, tem amigos, responsabilidades, momentos de lazer, preocupações e é muitas vezes o mantenedor de toda uma família. É uma pessoa em plena atividade que, quando acometida por uma doença, principalmente uma doença que pode se estender por tempo prolongado ou evoluir rapidamente, como a arteriosclerose, sofre desgaste emocional, tem um sentimento de perda e luto por não ter mais a sua saúde completa.

É um ser que no seu processo de viver está passando por uma internação, está vivenciando, muitas vezes, uma situação nova e única em sua vida, e por isso necessitando de apoio emocional e cuidados eficientes e eficazes, e, em meio a esta variedade de sentimentos, apresenta-se capaz de aprender sobre sua saúde, através da troca de conhecimentos e das descobertas pessoais.

A **família**, compreendida também como um foco da promoção de saúde, muitas vezes, é entendida apenas como sendo formada por pessoas com as quais temos laços sanguíneos. Em alguns momentos chegamos a dividi-la em “parentes próximos”, ou seja, pais, irmãos e alguns tios e primos, e aqueles que não são tão próximos, com os quais não temos muito convívio, mas a família com a qual trabalhei foi aquela que inclui um grande amigo, um vizinho, pais, irmãos, tios e avós, ou seja, pessoas que sejam importantes na vida de quem se submeteu a cirurgia cardíaca.

3.3.4 Saúde

Saúde é algo que pode ser aprendido no contexto da família ou grupo ao qual a pessoa pertence. Não faz parte do processo saúde-doença e não é um estado do indivíduo ou algo que determine uma condição impossível de ser alterada. Entende-se que saúde e doença são vistas como entidades separadas que podem coexistir, sem necessariamente estar em um mesmo plano. Onde há doença pode ou não existir um certo grau de saúde e vice-versa (ANEXO 1) (OLSON,2000).

De acordo com Gottlieb & Rowat (1987) apud Clark & Olson (2000), podemos considerar saúde como um processo de enfrentamento, no qual procuramos lidar com o problema, e um processo de desenvolvimento, que se destina a reconhecer, mobilizar, sustentar e regular recursos que residam no contexto da pessoa, família e sociedade para então enfrentar a situação que se apresenta. Assim, o foco da Enfermagem na saúde apresenta-se nos aspectos de saúde pessoais, ou seja, de acordo com a situação vivenciada pela pessoa e/ou família. A enfermeira deve procurar identificar forças e fraquezas destas pessoas e assim buscar trabalhá-las.

3.3.5 Ambiente

No contexto do Modelo McGill, ambiente é entendido como o contexto social no qual se aprende a respeito da saúde, podendo ser em casa, na escola, em grupos e, no caso deste estudo também no hospital. Entende-se também, que as pessoas e seus ambientes são vistos em constante interação e que a Enfermagem é capaz de estruturar estes ambientes que assistem indivíduos e familiares, nos quais serão aprendidas novas formas de promover sua saúde (GOTTLIEB & ROWAT, 1987; KRAVITZ & FREY, 1989 apud CLAEK & OLSON, 2000).

Neste estudo, percebo ambiente como um espaço de relações família-enfermeiro-pessoa que necessita de cirurgia cardíaca, tendo como espaço físico o hospital que , além de ser um dos locais geradores de novos conhecimentos, também é um local gerador de medos e angústias, tanto para as pessoas que submeteram-se à cirurgia cardíaca quanto para seus familiares.

Esta interação família-enfermeiro- pessoa que necessita de cirurgia cardíaca,

ocorre, também, no âmbito domiciliar destas pessoas, tornando as residências um ambiente deste trabalho.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativa, constituindo-se no relato de experiência da Prática Assistencial desenvolvida junto a pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares.

Apresenta-se neste capítulo o caminho para atingir os objetivos traçados para este estudo, utilizando o Modelo de Cuidado de Carraro.

4.1 Local de realização do trabalho

Esta prática realizou-se na cidade de Santa Maria, situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, possuindo aproximadamente 250 mil habitantes. Esta cidade tem sua economia baseada no comércio, sendo um centro de referência da Região Centro do Estado, contando com uma Universidade Pública Federal e vários centros de ensino superior privado.

O hospital no qual realizou-se a prática atende pessoas de toda a região, tanto particulares como conveniados, sendo escolhido como cenário para o desenvolvimento deste trabalho por ser o único hospital da cidade que possui Unidade Coronariana – UCOR.

Atualmente, o hospital possui aproximadamente 300 leitos, divididos em 14 unidades de internação (pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade), clínica renal, pronto socorro, centro de tratamento intensivo geral adulto, centro de tratamento intensivo neonatal, centro de tratamento intensivo coronariano (UCOR), centro obstétrico, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica.

Possui também serviços de apoio, como: Centro de Material e Esterilização (CME), Serviço de Assessoramento e Estatística (SAME), Farmácia, Nutrição, Raio

X, Medicina Nuclear, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Hemodinâmica, Ecocardiografia, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue e outros.

A UCOR é uma unidade fechada, localizada no sub-solo do referido hospital, contando com oito leitos, destinados ao tratamento coronariano intensivo, podendo, eventualmente, ocorrer internações de outras clínicas. Conta com 21 auxiliares/técnicos de Enfermagem e 6 Enfermeiros.

A pessoa internada na UCOR exige um cuidado especializado, sendo este fornecido por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas.

Por se tratar de uma unidade fechada, não é permitida a permanência de familiares junto às pessoas internadas e o horário de visita fica restrito a meia hora nos turnos da manhã e tarde e quinze minutos no período noturno.

Nas unidades de internação geral do referido hospital, é permitida a permanência de um ou dois acompanhantes em tempo integral, variando de acordo com a unidade e tamanho dos quartos. Estas unidades disponibilizam em média 6 técnicos de Enfermagem e uma enfermeira por turno. Cada unidade tem capacidade para aproximadamente 35 leitos, divididos em quartos individuais, duplos e triplos.

Para as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca a presença de um acompanhante nestas unidades é obrigatória em tempo integral.

4.2 Os sujeitos do estudo

Considerou-se como sujeitos para a realização desta prática, todos as pessoas que foram submetidas à cirurgia cardíaca e que por este motivo estavam internadas na Unidade Coronariana – UCOR do referido hospital, bem como seus familiares, durante o mês de novembro de 2004. Era necessário que as mesmas estivessem conscientes, lúcidas, coerentes, com capacidade de entender e expressar seu pensamento e dispostas a participar.

O trabalho foi desenvolvido com 4 pessoas e suas famílias, sendo elas: Jogador, Pescador, Dançarina e Tenista, sendo três do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades entre 35 e 64 anos. Visando manter o anonimato questionei qual o esporte ou lazer favorito dos sujeitos e os nomes fictícios foram baseados nesta preferência.

4.3 Aspectos éticos e legais

A realização deste trabalho foi permeada pela preocupação com os valores que cada pessoa traz consigo. Sendo assim, compreendeu-se a liberdade de decisão dos sujeitos envolvidos no que diz respeito à sua participação em um trabalho que realizou-se durante um momento único e, algumas vezes, de difícil aceitação, para estas pessoas.

Para que pudesse, então, ser colocado em prática, submeteu-se o projeto inicial deste trabalho à Direção de Enfermagem e Direção Clínica do hospital onde este foi realizado, uma vez que o hospital não dispõem de um Comitê de Ética instituído.

Após aprovação pelos mesmos, o trabalho foi exposto à enfermeira chefe da unidade e aos demais membros da equipe de saúde, tendo sido bem aceito pelos seus membros.

As determinações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dizem respeito aos aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos, foram todas observadas e seguidas na realização do mesmo.

Durante o primeiro contato com os possíveis sujeitos do trabalho foi exposto o objetivo do mesmo e as justificativas para sua realização. Todos os sujeitos assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual constam os direitos que estes sujeitos tem de manter o anonimato, retirar seu consentimento no momento em que acharem necessário, ter suas dúvidas esclarecidas e a segurança de que o trabalho não oferece risco à sua saúde.

4.4 O Modelo de Cuidado de Carraro e o Modelo McGill de Enfermagem

Visando atingir os objetivos anteriormente traçados, propus a realização da “Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecções” de Carraro (1994), associado ao referencial teórico do Modelo McGill de Enfermagem. Desta associação surgiu **A Trajetória da Enfermagem Junto à Pessoa que Vivenciou Cirurgia Cardíaca e Sua Família**.

Este processo metodológico, de acordo com Carraro (1994) contempla as fases: Conhecendo-nos, Reconhecendo a Situação, Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias, Seguindo e Agindo, Acompanhando a trajetória. Estas fases ocorreram durante os períodos pré e pós-operatórios da cirurgia cardíaca e são articulados entre si, complementando-se, podendo ocorrer simultaneamente ou não.

A seguir será explicado cada etapa do Modelo de Cuidado de Carraro:

Conhecendo-nos – esta tem como finalidade conhecer e obter informações que possibilitem a continuidade deste processo. Durante esta etapa procuramos conhecer as pessoas envolvidas no processo e deixarmos-nos conhecer, como também, esclarecer sobre os princípios bioéticos e sobre os objetivos e as justificativas do trabalho. O conhecimento e apresentações aqui compartilhadas não precisam, necessariamente, ser esgotadas em um primeiro momento. Podem sim, ser um processo contínuo e permear todos os encontros.

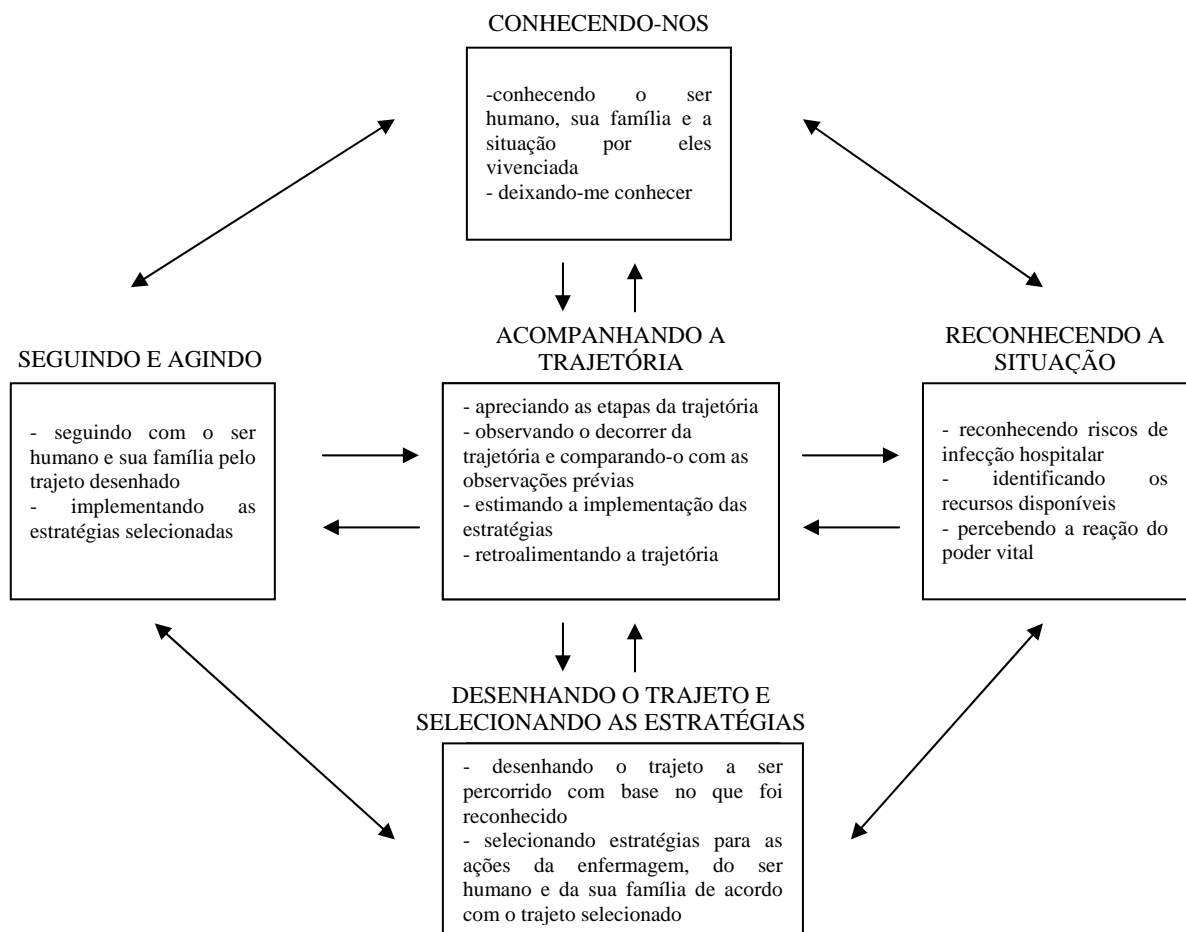
Reconhecendo a situação – esta etapa caracteriza-se pela reflexão acerca das informações obtidas na etapa anterior. É nesta etapa que devemos buscar conhecer a situação vivenciada pelas pessoas envolvidas neste processo.

Desenhando o trajeto e selecionando estratégias – depois de conhecer os envolvidos neste processo e reconhecer a situação por eles vivenciada, chega o momento de programar¹ a assistência a ser prestada, levando em consideração que estamos envolvidos com seres singulares, integrais e indivisíveis. A programação da assistência pode ser feita pela enfermeira, pela enfermeira e a pessoa envolvida e/ou sua família, pela pessoa envolvida e sua família, conforme se apresente a situação (CARRARO, 1994).

¹ Programar – delinear o caminho a ser seguido e escolher quais as estratégias serão utilizadas para as ações de Enfermagem.

Seguindo e agindo - aqui implementamos as estratégias previamente selecionadas, podendo ser executadas pela enfermeira, pelo paciente, pela família, pela equipe de enfermagem ou pelo conjunto destas pessoas, de acordo com o desejo e a habilidade de cada um.

Acompanhando a trajetória – esta etapa é desenvolvida de forma contínua e dinâmica, sendo dividida em quatro fases, sendo elas: *apreciando as etapas* - na qual se proporciona subsídios para a seqüência do trajeto; *observando o decorrer da trajetória* – dá-se a observação e comparação das informações, com vistas a avaliar a evolução do processo; *estimando a implementação da estratégia* – é a avaliação da escolha das estratégias e de sua implementação; e *retroalimentando a trajetória* – baseada nas avaliações, introduz-se as inovações necessárias. Esta etapa deve permear toda a trajetória, subsidiando o seu desenvolvimento (CARRARO, 1994).



Fonte: Carraro, 1994, p. 35.

Figura 1 - A Trajetória da Enfermagem Junto ao Ser Humano e sua Família na Prevenção de Infecções

No presente trabalho, unindo o Modelo de Cuidado de Carraro aos ideais do Modelo McGill de Enfermagem ao cuidar de pessoas que vivenciaram cirurgia cardíaca, temos **A Trajetória da Enfermagem Junto à Pessoa que Vivenciou Cirurgia Cardíaca e Sua Família**, a qual compreende as mesmas fases do Modelo de Cuidado de Carraro com algumas adaptações e associações ao Modelo McGill de Enfermagem:

Conhecendo-nos – nesta fase, procedi com a minha apresentação enquanto enfermeira e mestranda, assim como permiti que a pessoa que iria se submeter à cirurgia cardíaca e sua família se apresentassem da maneira que lhes conviesse, procurando conhecê-las e familiarizar-me com o perfil e o estilo destas pessoas. Neste momento, também procurava colocar-lhes a experiência por mim vivenciada quando meu pai submeteu-se à uma cirurgia cardíaca, promovendo uma troca de experiências com estas pessoas e demonstrando que podemos cuidar de nós mesmos e das pessoas que nos cercam. Era necessário, também, que procedesse com a apresentação da proposta de cuidado, deixando claro os objetivos e as justificativas do trabalho, assim como explicando-lhes a respeito do Consentimento Livre e Esclarecido e das questões éticas que norteavam este trabalho.

Esta fase não foi estanque como eu imaginava, ou seja, a apresentação ocorreu em nosso primeiro encontro, mas a medida que íamos convivendo, mais criávamos um elo de confiança, o que possibilitava que estas pessoas demonstrassem seus reais sentimentos e desejos. Com o passar do tempo, ao longo das demais conversas, surgiam pequenas questões que possibilitavam que eu conhecesse melhor o perfil e o estilo de vida das pessoas envolvidas.

Reconhecendo a situação – nesta fase, procurava conhecer a situação de saúde pela qual as pessoas estavam passando, através de perguntas como: Por qual situação a pessoa ou família está passando? O que a pessoa ou a família esperam e o que estão fazendo para conseguir o que almejam? Como a pessoa ou família está se saindo na busca do que querem? Quais aspectos do contexto geral da pessoa e da família podem explicar a situação de saúde atual que eles estão vivenciando? (Allen, 1986, 1997; Warner, 1997, apud Clark & Olson, 2000). Era nesta fase, também, que procurava reconhecer os riscos para uma reincidência ou complicação pós-cirurgia e quais os

fatores que poderiam dificultar a aquisição de um novo estilo de vida, mais adequado a esta nova condição. Procurava também analisar quais as formas de evitar estes problemas e como poderia ajudar estas pessoas a modificarem seu estilo de vida. Para auxiliar neste reconhecimento, fazia uso de perguntas como: Quais os potenciais da pessoa e da família para desenvolverem e/ou encontrarem maneiras de viver saudável? Que recursos a pessoa e a família estão usando para viverem saudáveis e conseguirem aquilo que querem, e que outros recursos poderiam ser usados? (Allen, 1986, 1997; Warner, 1997, apud Clark & Olson, 2000).

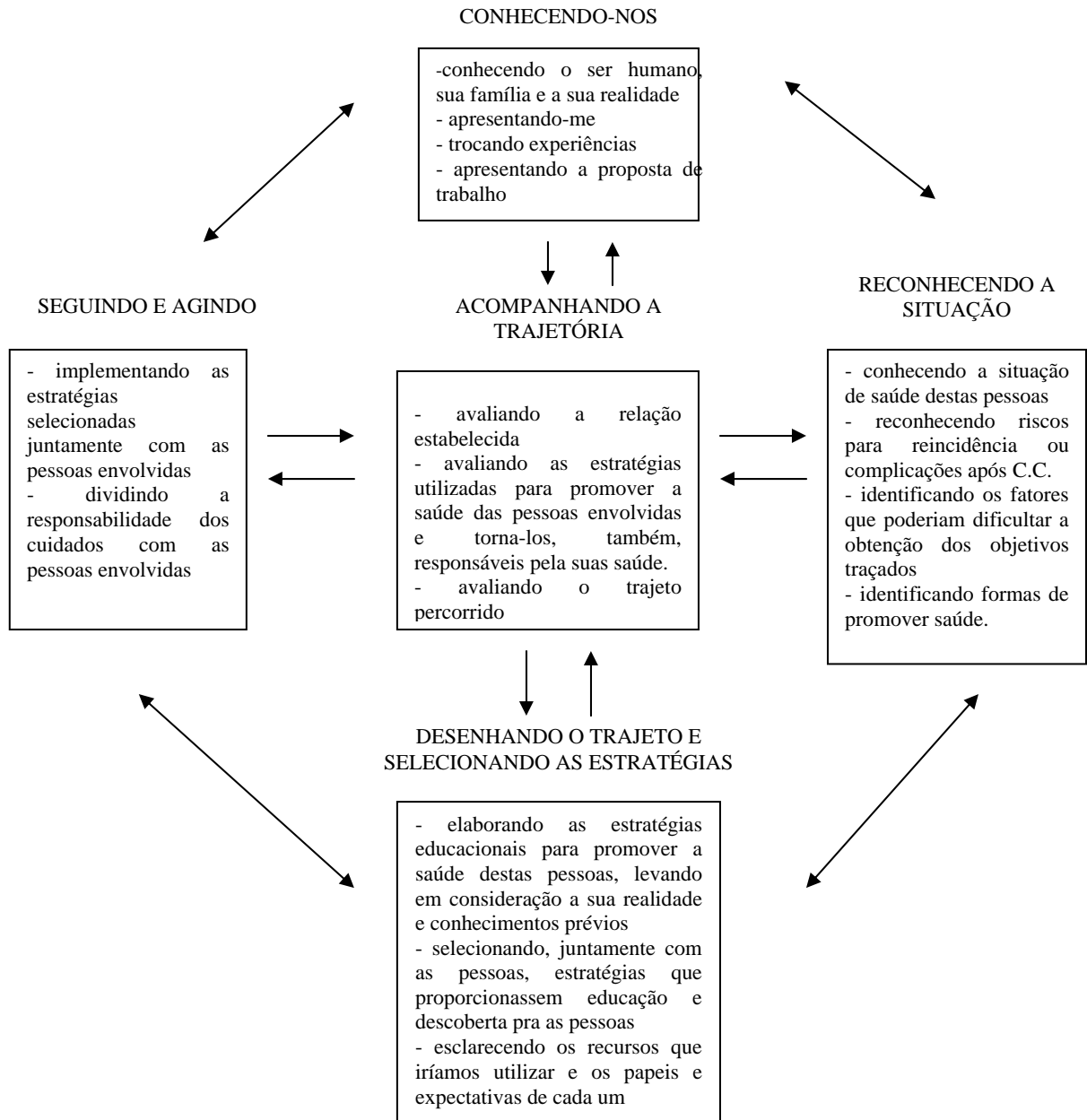
Desenhando o trajeto e selecionando as estratégias - nesta etapa, programava, juntamente com a pessoa e sua família, as estratégias educacionais para responder as questões levantadas na etapa anterior. Estas estratégias, além de terem sido elaboradas juntamente com os envolvidos no processo, foram realizadas levando-se em consideração as questões levantadas nas etapas anteriores, ou seja, foram elaboradas levando-se em consideração a realidade dos envolvidos no processo, bem como procurava-se utilizar estratégias que proporcionassem descobertas por parte do paciente e sua família, motivando-os a cuidar de sua saúde. Neste momento, realizava, juntamente com a pessoa que iria se submeter à cirurgia cardíaca e sua família, um planejamento estratégico, do qual surgia um plano de ação, que era desenhado de acordo com a idéia e a vontade que a pessoa/família tinham sobre as maneiras de lidar com as questões de saúde que estavam vivenciando .

Ao encerrarmos esta fase fizemos um acordo, esclarecendo os recursos que iríamos utilizar para que pudéssemos continuar trabalhando juntos, deixando claro quais os papéis e as expectativas de cada um.

Seguindo e agindo – nesta fase, implementamos as estratégias previamente selecionadas, dando ênfase à responsabilidade de cada um consigo mesmo e com os outros ao cuidarem de sua saúde. Procurei incluir a pessoa e/ou a família em atividades que proporcionassem informações úteis para a saúde das mesmas, incentivando-as a trabalharem nas suas próprias questões de saúde.

Acompanhando a trajetória – nesta fase refletimos sobre a relação estabelecida e como o plano vinha funcionando na sua função de aproximar a pessoa e/ou família aos seus objetivos de saúde. Procuramos por informações que nos ajudassem a dar

continuidade ao cuidado e a avaliar a evolução que fomos alcançando no decorrer de nossos encontros. Avaliamos, também, a escolha das estratégias e sua implementação, para que pudéssemos, quando fosse necessário, introduzir inovações.



Fonte: De Gasperi adaptada de Carraro (1994, p. 35)

Figura 2 - A Trajetória da Enfermagem Junto à Pessoa que Vivenciou Cirurgia Cardíaca e Sua Família

5 A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE CUIDADO DE CARRARO ASSOCIADA AO MODELO MCGILL DE ENFERMAGEM

Relatarei aqui de que forma deu-se a implementação da metodologia proposta. Trabalhei com um total de quatro pessoas e suas famílias, com aproximadamente sete encontros com cada pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e sua família. Para evitar a repetição, descreverei as atividades realizadas de forma geral, ou seja, sem especificar os encontros com cada pessoa, exemplificando com algumas falas dos envolvidos neste processo.

As pessoas com as quais trabalhei foram: Jogador, Pescador, Dançarina e Tenista, sendo três do sexo masculino e um do sexo feminino, com idades entre 35 e 64 anos.

Por tratar-se de conversas informais e informativas, não foi feito o uso de gravador. No entanto, solicitei autorização para escrever algumas falas que entendia serem importantes para meu trabalho. Estas falas e os encontros foram registradas no diário de campo², logo após o término destes.

Gostaria de deixar claro que as etapas do Modelo de Cuidado de Carraro, em alguns momentos, se sobrepõem e ocorrem simultaneamente, confirmando a mobilidade da metodologia utilizada, o que facilita sua utilização em situações de saúde diversas, como no caso deste trabalho, onde implementei uma metodologia, inicialmente formulada para auxiliar na prevenção de infecções, com o intuito de ajudar as pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca a enfrentar este momento de maneira consciente e participativa.

Num primeiro momento, apresentei-me à equipe multiprofissional da unidade coronária na qual desenvolvi este trabalho. Em seguida, propus ao cirurgião cardíaco

² Trata-se de uma folha na qual escrevia as falas que entendia serem mais importantes para meu trabalho, registrava as expressões verbais e não –verbais, informações obtidas através da análise do prontuário, conversas com a equipe e com as pessoas envolvidas no processo, bem como as minhas percepções, reflexões e sentimentos. Baseado em Radünz (1999)

que trabalhássemos em conjunto. Para tanto, solicitei que fosse avisada com antecedência a ocorrência de alguma cirurgia cardíaca, para que pudesse realizar orientações ainda no período pré-operatório.

- O período pré-operatório

Neste período deu-se o primeiro contato com as pessoas, nas unidades de internação geral do hospital, momento no qual expunha o objetivo do trabalho e convidava-os a participar, fazendo uso do Consentimento Livre e Esclarecido. Implementavam-se aqui todas as etapas do Modelo de Cuidado de Carraro.

A primeira etapa – Conhecendo-nos – contemplava a apresentação mútua, enfermeira/pessoa que necessita cirurgia cardíaca/familiar, bem como procedia com a apresentação dos objetivos e das justificativas do trabalho e das questões éticas, convidando-os a participar. Uma vez aceito o convite, procurava realizar o reconhecimento da realidade vivenciada pelos envolvidos no processo, ação esta realizada por meio do preenchimento de um questionário pré-operatório rotineiro da UCOR (APÊNDICE B) e de conversas informais.

Aproveitava este momento para compartilhar minha experiência enquanto familiar de pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, procurando demonstrar que entendia a situação pela qual estavam passando. Neste momento, procurava conhecer o estilo de vida, os conhecimentos prévios e aspectos culturais destas pessoas, para que pudesse orientá-las levando em consideração estes aspectos.

Que bom saber que tu já passou por isto que nós estamos passando(...), pelo menos assim tu consegue nos entender melhor que os outros. (Familiar de Tenista)

Então o teu pai ficou bem, já tá até trabalhando? (Jogador)

Eu sou meio nervoso mesmo, mas já fui na capelinha do hospital e rezei um pouco...acho que agora tô mais calmo... (Pescador)

Nós somos uma família muito unida e nova...não sei se vou saber criar meus filhos sozinho se acontecer alguma coisa com ela (Familiar de Dançarina)

Eu sou uma pessoa que confio cegamente em Deus, e agora tô confiando nos profissionais que vão me atender. (Jogador)

Percebi, claramente, durante nossas conversas no primeiro encontro, que estava trabalhando com pessoas que tinham confiança em um ser superior: Deus, e que poderia e deveria encorajá-los para que se apegassem às suas crenças. Em alguns momentos, precisei deixar minhas crenças pessoais de lado, o que não foi uma tarefa fácil, pois precisei trabalhar com pessoas que tinham um pensamento diferente do meu, e entender que nosso pensamento não é o único “correto” e que podem existir pessoas que não entendam a vida da mesma forma que eu. É, portanto, um exercício que exige tempo e reflexão.

Bastos e Borenstein (2004) explicam que este exercício difícil pelo qual passei é importante para as pessoas com as quais estou trabalhando ao referirem que em nosso meio ainda existe a idéia de que a fé move montanhas e que o apego a esta fé ajuda as pessoas que estão enfrentando uma questão de saúde a superá-la. Sendo assim, é importante que a enfermeira, mesmo que não tenha as mesmas crenças ou não seja adepta de nenhuma religião, utilize-a como um instrumental coadjuvante ao tratar com as pessoas com as quais está trabalhando.

Com os relatos destas pessoas, pude perceber também, o quanto foi importante para elas saberem que além de uma profissional da área da saúde, que dispunha de um conhecimento específico e que estava disposta a compartilhar, eu era familiar de uma pessoa que havia vivenciado a mesma situação pela qual estavam passando. Percebi que isto estreitou nosso relacionamento, criando uma atmosfera de confiança e deixando-nos à vontade uns com os outros, independente de nossas crenças, conhecimentos, classe social e estilo de vida.

Carraro e Radünz (1996) fazem com que eu me sinta mais confiante e encorajam-me a seguir em frente com meu método de trabalho ao relatarem que o relacionamento humano é um instrumento fundamental para a atividade da Enfermagem e que a empatia e a capacidade de compartilhar sentimentos são elementos importantes para que se tenha um relacionamento terapêutico.

Em outras falas, como a de Jogador – “*Então o teu pai ficou bem, já ta até trabalhando?*” – evidenciou-se o medo de ter sua liberdade tolhida, de ficar dependente de outras pessoas, de não poder ter a vida que tinha antes, e até o medo de que alguma coisa viesse a faltar para sua família, caso não pudesse mais trabalhar.

“Que bom! Eu preciso voltar a trabalhar logo, mas agora tava difícil... muita dor e falta de ar” (Jogador).

Esta etapa foi muito importante para a continuidade deste processo cuidativo/educativo, pois permitiu que eu conhecesse as pessoas com as quais estava trabalhando, assim como permitiu que elas me conhecessem. A fase **conhecendo-nos** não ocorreu apenas neste primeiro encontro como eu imaginava. Na verdade, ela permeou todos os outros encontros de pós-operatório, pois à medida que íamos estreitando nosso relacionamento, estreitávamos também os laços de confiança, proporcionando que pequenos detalhes fossem surgindo e tornando-se muito importantes para a continuidade deste processo.

Na segunda etapa - Reconhecendo a Situação – procurava observar as acomodações das pessoas que iriam se submeter à cirurgia cardíaca e, por meio das conversas, os motivos geradores de angústias naquele momento, além de verificar se haviam recebido alguma orientação, e qual a natureza das mesmas; questionava também a presença de dúvidas.

... uma moça aqui deste andar nos disse que é uma cirurgia demorada, mas que corre tudo bem. (Familiar de Jogador)

O médico veio aqui e me disse que iriam fazer um corte transversal, porque eu sou muito nova, mas eu não entendi muito bem o que isso quer dizer, é bom ou ruim? (Dançarina)

Eu queria saber se a anestesia é aquela que a gente dorme e não vê nada? (Jogador)

Uma vez eu vi eles usarem aquele aparelho pra ressuscitar as pessoas, será que eles vão usar? É só disso que eu tenho medo. (Pescador)

Tu podes explicar mais ou menos como que é a cirurgia? (Familiar de Pescador)

Quando a enfermeira da unidade na qual estava desenvolvendo o trabalho disse-me que os cirurgiões, algumas vezes, procuravam orientar as pessoas que iriam submeter-se à cirurgia cardíaca, questionei a validade de meu trabalho, uma vez que

fazia parte do mesmo fornecer orientações pré-operatórias e caso as pessoas já tivessem sido orientadas, tornar-me-ia repetitiva.

Depois de refletir e relembrar a experiência que tive ao realizar o trabalho de final de curso de graduação, decidi dar continuidade ao meu trabalho. As orientações que pretendia oferecer eram amplas e seriam fornecidas de acordo com a vontade e com a realidade das pessoas envolvidas no processo. Entendi que neste ponto estava um grande diferencial da visita pré-operatória que eu iria oferecer, pois iria conversar com estas pessoas de forma individualizada .

Fui então ao encontro das pessoas e percebi certo grau de ansiedade na maioria delas. Procurei, então, questioná-las a respeito das orientações até então recebidas. Havia percebido que os cirurgiões tinham a intenção de acalmar as pessoas, mas algumas vezes acabavam deixando-as mais nervosas, pois faziam uso de linguagem técnica, dificultando a compreensão.

O fornecimento de orientações tem como objetivo proporcionar conhecimento às pessoas, na medida em que elas acharem necessário, para que estas possam compreender a situação pela qual estão passando e assim diminuir a ansiedade. Para que isto aconteça é necessário que falemos a mesma linguagem, que nos expressemos de forma que estas pessoas entendam claramente o que estamos falando, devendo repetir quantas vezes forem necessárias, de diversas maneiras, proporcionando esclarecimentos necessários.

Percebi, também, que a preocupação com as instalações hospitalares era uma inquietação apenas minha, pois a pessoa que iria se submeter à cirurgia cardíaca e sua família estavam tão absortas em suas angústias e medos que, na maioria das vezes, não se importavam com a falta de ventilação ou iluminação.

Após reconhecer a situação, procurava Selecionar as Estratégias, identificando as formas para promover a saúde destas pessoas, levando em consideração a sua realidade e as questões e medos levantados neste encontro. Procurava, também, estratégias que proporcionassem descobertas para os envolvidos no processo e isto era feito através de reflexões e conversas com estas pessoas.

A etapa Seguindo e Agindo, contemplava a implementação das estratégias selecionadas, compreendendo geralmente orientações relacionadas às medicações

usadas na noite, ou nas 8 - 12 horas anteriores à cirurgia, e à alimentação, que nas doze horas antecedentes à cirurgia deveria ser leve e após este período a pessoa que iria se submeter à cirurgia cardíaca ficaria em jejum. Quanto à higiene, era orientado que a pessoa deveria tomar um bom banho de chuveiro, fazer a barba, caso fosse homem, e lavar os cabelos, pois esse seria o último banho “completo” pelos próximos 2 ou 3 dias.

Em seguida, questionava a pessoa e/ou família quanto à vontade e necessidade de receber informações sobre o procedimento cirúrgico. Caso elas demonstrassem vontade de receber tais orientações, procedia com a explicação sobre os cortes cirúrgicos, o tipo de anestesia, o uso de drenos e sondas, as sensações ao acordar e o uso de tubo oro-traqueal. Para estas explicações, fazia uso das conversas informais com teor científico, fotos e gravuras. Expunha, também, a possibilidade de conhecer o centro cirúrgico e a unidade coronariana pessoalmente e não apenas por fotos.

Ao final, procedia com as orientações sobre as normas e rotinas da unidade coronariana, horários de visitas e recomendava que os objetos pessoais de valor deveriam ficar junto ao seu familiar, devendo permanecer com a pessoa que iria se submeter à cirurgia cardíaca apenas os materiais de higiene pessoal.

Compreendendo os seres humanos de acordo com Carraro (1994), como sendo seres singulares, integrais, indivisíveis, insubstituíveis, que interagem com o meio ambiente e realizam ações baseadas nas suas crenças e valores, penso que as orientações deveriam ser realizadas de acordo com a vontade dos envolvidos neste processo sem, necessariamente, abordar todos os assuntos citados anteriormente. Um dos objetivos das orientações é que as pessoas envolvidas no processo aprendam sobre a situação que estão vivenciando para que possam passar por ela com mais facilidade e de maneira mais consciente. Segundo Figueroa (1997), as pessoas aprendem somente quando tem uma intencionalidade e uma percepção da realidade.

Aproveitava este momento, também, para tecer uma conversa sobre os direitos das pessoas ao permanecerem no hospital, como por exemplo, direito a um quarto bem iluminado, ventilado e silencioso, além de salientar a importância destes fatores para a recuperação pós-operatória.

Ao terminarmos a conversa, percebia a surpresa de algumas pessoas e a

indignação por não terem sido informadas disto quando fizeram a internação. Em outros casos, por não terem percebido que não estavam muito bem instalados.

Mas a gente pode pedir um quarto melhor? É que meu convênio é de pobre, acho que só podemos ficar nestes quartos. (Familiar de Pescador)

Eu tava tão nervosa que nem me dei por conta. As outras vezes que ele internou nos ficamos em quartos bem grandes, com várias janelas. (Familiar de Tenista)

Como realizava as orientações um pouco antes da cirurgia, geralmente na manhã anterior, esta conversa não poderia mudar a situação atual, mas com certeza fez com que refletissem sobre seus direitos e poderia surtir efeitos para a internação pós-operatória e outras que por ventura viessem a surgir.

A etapa final deste encontro – Acompanhando a Trajetória – compreendia a avaliação verbal das pessoas quanto às orientações recebidas, contemplando críticas, sugestões e agradecimentos, além da percepção quanto à receptividade ao trabalho.

Eu achei ótimo tu ter vindo aqui conversar com a gente. Eu já sabia um pouco sobre a cirurgia, mas tu deixou tudo bem mais claro. (Familiar de Tenista)

Tô me sentindo mais aliviada um pouco em saber quando e como que eu vou ver ele. Posso falar direto contigo quando ele tiver lá na UCOR? É que fica mais fácil, já te conheço e gostei de ti. (Familiar de Jogador)

Ao final do encontro pré-operatório senti-me muito satisfeita com o andamento do trabalho e pude perceber, também, a satisfação das pessoas com as quais trabalhei.

O fato de ter as questões respondidas honestamente e em termos compreensíveis, bem como ter uma pessoa conhecida para chamar no hospital, caso precisassem, foram questões importantes que facilitaram o relacionamento com os familiares. Este fato também foi evidenciado por Forrester et al (1990) apud Dal Sasso (1994), ao realizarem um estudo com familiares de pessoas internadas..

Percebi que as estratégias educacionais que estava utilizando, como as

conversas, as fotografias, gravuras e as visitas ao centro cirúrgico e à unidade coronariana, estavam sendo bem aceitas e proporcionando um novo conhecimento para as pessoas envolvidas no processo.

Achei ótimo tu me mostrar como que é o lugar onde a gente faz a cirurgia, eu nunca tinha visto. (Pescador)

A dúvida que surgiu no primeiro momento quanto à validade ou não de meu trabalho foi sendo esclarecida no decorrer do processo cuidadoso/educativo. Ao passo que ia executando este processo com as pessoas, percebia que meu trabalho estava sendo muito bem aceito por todos, inclusive pelos próprios cirurgiões, impulsionando-me a seguir em frente, a dar continuidade ao cuidar e ao educar, visando amenizar os medos e angústias que permeiam este período.

Por experiência pessoal, de ser familiar de uma pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, sei que o período pré-operatório é um momento gerador de incertezas, tanto para a pessoa quanto para sua família, e neste momento o apoio de um profissional da saúde, que possa explicar-lhes o que está ocorrendo e o que vai acontecer, é muito importante.

As orientações prestadas neste período são importantes, uma vez que, por meio delas, podemos tranquilizar a pessoa que irá se submeter à cirurgia cardíaca e seus familiares, bem como lhes oferecer informações que serão de fundamental importância para que os envolvidos no processo mantenham ou adquiram uma boa qualidade de vida. Lamosa (1990), baseada nas idéias de Marin e Cohen, refere que quando informamos às pessoas a respeito das situações pelas quais ela vai passar, ajudamos a reduzir as angústias. Outra estratégia que podemos usar é dar ênfase aos aspectos positivos que serão vivenciados após sua recuperação, o que resultará em um pós-operatório, e/ou recuperação, menos estressante tanto para o a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, quanto para a família e a equipe de saúde.

- O período pós-operatório

O cuidado às pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca no pós-operatório

ocorreu desde o período pós-operatório imediato, quando chegava à unidade coronária para a recuperação pós-cirúrgica. Durante todo o período pós-operatório mantínhamos uma média de 5 a 7 encontros com as pessoas, ou seja, uma ou duas visitas por dia, de acordo com a vontade e necessidade da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e/ou seus familiares, durante todo o período de permanência hospitalar.

Nestes encontros, a etapa Conhecendo-nos geralmente ocorria mesclada às outras, ou seja, não tivemos um momento específico para conhecermo-nos, pois esta etapa havíamos realizado na primeira visita. No entanto, ao contrário do que imaginava, no decorrer dos encontros pós-operatórios estreitamos nossa relação de confiança e passamos a nos conhecer um pouco mais a cada encontro.

A fase Reconhecendo a Situação dava-se no momento em que a pessoa chegava à Unidade Coronária, quando então era realizada uma avaliação das necessidades eletrofisiológicas, bem como procurávamos atentar para a situação vivenciada pelos familiares, uma vez que estes ficavam na sala de visitas da unidade sem receber muitas informações a respeito do seu familiar operado.

Depois destas avaliações iniciais, dava-se continuidade ao nosso cuidado com a etapa Selecionando as Estratégias, na qual procurava-se o melhor modo de solucionar os problemas relacionados ao equilíbrio eletrofisiológico da pessoa, geralmente relacionados à pressão arterial e à dor e o modo como iríamos amenizar a angústia vivenciada pelos familiares.

Assim, seguíamos para a etapa Seguindo e Agindo, na qual eram administradas as medicações prescritas, conversava-se com a pessoa procurando acalmá-la, bem como com a família e, nos casos que se analisava ser possível, era permitida a entrada de algum membro da família para ver o familiar antes do horário de visitas.

Considerei importante o fato da equipe da unidade coronariana permitir a entrada de algum familiar antes do horário de visita, quando achasse prudente, pois entendo que isto proporciona certa tranqüilidade tanto para a família quanto para a pessoa que está se recuperando da cirurgia recém realizada.

Por fim, a etapa Acompanhando a Trajetória destinava-se à avaliação final do quadro da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e os sentimentos vivenciados pela família, observando, também, as estratégias que foram selecionadas e a boa

aplicação das mesmas.

Então ele tá se recuperando conforme vocês esperavam mesmo? Que bom que tu tá me dizendo isso, eu achei que ia ser mais difícil por causa do cigarro. (Familiar de Jogador)

Eu ainda tô angustiada, não consegui falar com o médico pra saber se ele conseguiu a válvula que precisava. (Familiar de Dançarina)

Escuta, tu acha que eu fico aqui pra caso aconteça alguma coisa ou posso ir pra casa e qualquer coisa vocês me avisam? (Familiar de Pescador)

Tô bem, agora já sei que o pai já tá acordado, só vou esperar pra falar com ele e depois vou pra casa, mas a mãe tá meia nervosa, disse que só sai daqui depois que ver ele (Familiar de Tenista)

Mais uma vez ficou evidente a importância de manter uma relação de confiança com um membro da equipe, em especial com a equipe de Enfermagem, uma vez que são estes profissionais que prestam cuidados durante 24 horas.

Donadussi e Saupe (1999) referem que o paciente cirúrgico está exposto a várias fontes de tensão, entre elas o afastamento dos familiares, das suas atividades, a inserção em um ambiente desconhecido, o medo da dor e do trauma fisiológico, além das mudanças no estilo de vida. Percebo que alguns destes fatores desencadeantes de tensão poderiam ser amenizados com o contato prévio realizado pela enfermeira da unidade coronária.

Penso que as chefias das instituições que oferecem cirurgia cardíaca, ou algum outro tipo de cirurgia, deveriam buscar conhecer a importância que este contato prévio com a pessoa que irá se submeter à cirurgia e seus familiares representa para estas pessoas, e assim incentivar a realização de visitas pré-operatórias.

Os demais encontros realizados na Unidade Coronária compreenderam as mesmas etapas, sendo que na etapa Reconhecendo a Situação, atentava-se para a evolução do quadro da pessoa que havia se submetido à cirurgia cardíaca, que durante a realização desta prática foram positivas, e para os sentimentos gerados pelo fato de estar em uma unidade fechada, restrito a um espaço pequeno e vivenciando as mais diferentes situações, como emergências e óbitos. No que diz respeito à família, a

maioria deixava transparecer cansaço físico e mental, pois estava vivenciando uma situação angustiante e cansativa, uma vez que não era permitido que os familiares ficassem no hospital e estes precisavam deslocar-se até o mesmo no horário das visitas.

Na etapa Selecionando Estratégias – incluíam-se, na maioria das vezes, conversas a respeito da situação vivenciada e esclarecimentos de dúvidas. Sendo assim, na etapa Seguindo e Agindo, mantínhamos conversas a respeito dos mais diversos assuntos, procurando aliviar os sentimentos vivenciados, bem como orientava a família para que procurasse descansar, permanecendo no hospital apenas nos horários de visita, garantindo que, caso houvesse alguma mudança, seriam avisados por telefone.

A realização deste trabalho foi um momento de crescimento pessoal e profissional. Enfrentei situações com as quais não estava acostumada, como por exemplo, conversar com uma das pessoas que havia se submetido à cirurgia cardíaca e seus familiares sobre a morte de um paciente que estava na unidade coronariana. Não era um paciente que havia se submetido à cirurgia cardíaca, mas estas pessoas haviam criado uma relação de amizade com a família desta pessoa e com ela própria e como explicar que em um dia ela estava caminhando pelo hospital, esperando o momento de ser transferido para uma unidade de internação geral e no outro dia pela manhã foi à óbito?

Este fato gerou grande estresse para a pessoa com a qual eu estava trabalhando e seus familiares, pois o medo de ser transferido para uma unidade de internação geral aumentou. O sentimento de euforia de poder ficar junto à família mesclou-se com o medo de que alguma coisa pudesse vir a acontecer e a equipe destas unidades de internação não pudessem resolvê-la.

Foi um momento difícil para mim, pois eu já havia pensado sobre a morte, mas ainda não tinha chegado a uma conclusão satisfatória. Ao me deparar com esta situação precisei refletir mais. Pensei, por que as pessoas morrem? Por que uma pessoa que estava tão bem em um dia morre no outro? Por que a equipe não percebeu o êmbolo? Por que não puderam ajudar? Por que eu não pude ajudar? E a família? Eu estaria inconformada se fosse um familiar meu!

Senti a impotência do ser humano, profissional da saúde ou não, frente à uma situação de morte, tanto para ajudar a pessoa que estava morrendo quanto para conversar sobre o ocorrido. Esta situação me ajudou a esclarecer algumas questões relacionadas à morte, mas ainda não me sinto capaz de lidar com ela e por isso não sei se consegui ajudar as pessoas com as quais eu estava trabalhando da melhor forma. Acredito que ajudei da melhor forma que eu pude, mas não sei se foi suficiente, pois nos primeiros encontros na unidade de internação geral sentia um clima de tensão e preocupação, que foram sendo amenizados com o passar dos dias.

Radünz (2001) afirma que é preciso que nós, profissionais que lidamos com o binômio vida e morte, entendamos que somos finitos e também limitados como seres humanos e como no “fazer Enfermagem”. Ao compreendermos esta finitude e limitação, podemos começar a ajudar as pessoas com as quais convivemos a enfrentar a situação de morte.

A avaliação destes encontros na etapa Acompanhando a Trajetória, ocorria da mesma forma que as demais.

... nem acredito que já tô indo pro quarto. Tô bem mesmo! (Jogador)

Eu tô bem feliz que ele vai pro quarto, isso é bom né? Mas se acontecer alguma coisa ruim lá eles chamam vocês pra ajudar, né? (Familiar de Pescador)

Notei que ao receber alta da unidade coronária as pessoas mesclavam sentimentos de medo e euforia. A euforia de ter sobrevivido e de poder estar junto de seus familiares e o medo, pois aquela equipe numerosa e sempre presente da unidade de recuperação agora seria substituída por uma equipe menor.

Para que neste momento o medo seja amenizado é necessário que se façam orientações no sentido de tranquilizar a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e seus familiares, explicando-lhes que a transferência para a unidade de internação somente se daria no momento em que a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca estivesse em condições de ficar sob cuidados já não tão intensivos, mas ainda assim presentes nos momentos em que fosse necessário.

No período pós-operatório tardio, no qual a pessoa que havia se submetido à cirurgia cardíaca já se encontrava na unidade de internação, na companhia de sua família, realizava as orientações pertinentes quanto ao novo estilo de vida que seria prudente adotar, dando ênfase à prática de exercícios físicos regulares, alimentação balanceada, evitando frituras e gorduras, atividade sexual gradual, lazer, evitar o fumo e o álcool, bem como orientações a respeito do retorno ao trabalho, dirigir automóveis, cuidados com as incisões cirúrgicas, o uso dos medicamentos, a consulta ao médico e exames futuros.

Neste período a etapa Reconhecendo a Situação destinava-se à observação das instalações hospitalares da pessoa, que deveriam ser arejadas, sem a presença de mofo e umidade, propiciando uma melhor recuperação pulmonar, bem como atentava aos fatores que poderiam dificultar a recuperação e reabilitação, não apenas no âmbito hospitalar, mas principalmente no domicílio. Nestes encontros, conversávamos a respeito dos hábitos e costumes da família, principalmente com relação à alimentação, exercícios físicos e uso indiscriminado de medicamentos.

O pai gosta muito de comer um ovinho frito e churrasco meio gordo, mas ele come junto farinha de mandioca; diz que ajuda a diminuir o colesterol, né?
(Familiar de Pescador)

... eu como de tudo, mas me diz aí o que eu posso e não posso comer.
(Jogador)

E o meu joguinho no final de semana, quando vou poder voltar? (Jogador)

Eu posso continuar comendo normal, né? Porque eu só troquei válvula não tenho colesterol alto. (Dançarina)

Pela experiência por mim vivenciada, ao ser familiar de uma pessoa que submeteu-se à cirurgia cardíaca, sei o quanto é difícil mudar hábitos e costumes, principalmente se nos orientam simplesmente que a partir deste momento não podemos mais comer aquela carne que gostamos ou aquele doce maravilhoso e precisamos fazer um exercício físico, tomar remédios para o resto da vida e consultar o médico regularmente.

Sabemos que após vivenciar cirurgia cardíaca precisamos mudar nosso estilo de vida, mas compreendo que é importante que o profissional que irá orientar estas mudanças saiba que simplesmente proibir algumas coisas não surtirá um efeito desejado. Devemos orientar e ensinar, para que as pessoas possam entender o que está acontecendo e o porque destes cuidados, promovendo a sua saúde.

Para realizar as orientações quanto ao novo estilo de vida, é necessário que conheçamos a realidade das pessoas com as quais estamos trabalhando. De nada adiantaria orientarmos uma pessoa que ela deve comer peixe algumas vezes por semana se a mesma não tem condições de comprá-lo; ou estimularmos a caminhada diária se o local onde mora é cercado por morros e não oferece um local plano para realizar tal atividade.

Francioni e Coelho (2004) enfatizam o afirmado anteriormente ao referirem que o modo de vida das pessoas segue o curso de sua realidade sócio-econômica -cultural e deve ser respeitado pelos profissionais que, de alguma forma, precisam interferir no cotidiano destas pessoas.

Após detectar os pontos nos quais deveríamos trabalhar, passamos às fases Selecionando as Estratégias e Seguindo e Agindo, que incluíam conversas sobre a necessidade de mudar alguns hábitos, a dificuldade que a mudança destes hábitos gera no início, o fato de que estas dificuldades podem ser superadas com força de vontade, paciência e dando tempo ao tempo. Conversamos, também, a respeito dos tipos preferenciais de alimentação, exercícios físicos e as demais orientações pertinentes, como o uso de medicamentos, visitas regulares ao cardiologista, retorno à atividade sexual e ao trabalho, entre outras.

Orientar a respeito da alimentação parece ser algo simples, basta orientarmos aquilo que as pessoas podem ou não podem comer, certo?

Não. A alimentação para algumas pessoas é vista como algo muito prazeroso, uma forma de sublimação dos problemas e, por isso, quando alguém lhe impõe uma dieta pode estar contribuindo para a não adesão ao tratamento (BASTOS e BORENSTEIN, 2004). Sendo assim, torna-se importante que tenhamos em mente a realidade e os conhecimentos prévios das pessoas com as quais estamos trabalhando, para assim, podermos construir juntos um plano adequado para a sua alimentação.

Outros fatores importantes a serem orientados estão relacionados à atividade física e profissional e tratamento medicamentoso. No que tange à atividade física, precisamos ter em mente que esta é indispensável para a manutenção de uma boa saúde e para modificar fatores de risco, além de intervir nos aspectos psíquicos. A pessoa que não se exercita fica deprimida e, conseqüentemente, menos capaz de intervir nas suas questões de saúde (BASTOS e BORENSTEIN, 2004).

Em relação à atividade profissional, devemos incentivá-los a retornarem às suas atividades assim que for possível, de acordo com a avaliação da equipe multiprofissional, pois, segundo Bastos e Borenstein (2004) trabalhar propicia meios de subsistência e um bem estar, decorrente da realização de atividades produtivas.

O tratamento medicamentoso é algo que vai acompanhar a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca por toda sua vida, assim como a busca por um estilo de vida mais saudável, e por isso devemos conscientizar estas pessoas sobre a importância do uso contínuo da medicação, sua dose e seus possíveis efeitos colaterais.

Nestas conversas, procurava compartilhar minha experiência enquanto familiar de uma pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e explicar-lhes as razões para que tivessem tais cuidados com sua saúde.

O fato de compartilhar minha experiência enquanto familiar de uma pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e explicar-lhes as razões para que tivessem tais cuidados com sua saúde e de entender que as mudanças no estilo de vida não são fáceis, não ocorrem de uma hora para outra, deixou-os confiantes, pois compreenderam que podia ser difícil, mas possível. Procurar ter um estilo de vida mais saudável, não apenas para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, mas para toda a família, uma vez que, algumas doenças cardíacas tem como fator de risco importante a hereditariedade, é uma importante estratégia de promoção à saúde.

De acordo com a vontade das pessoas, era utilizado, além das conversas, um guia de orientações (APÊNDICE B), elaborado pela mestranda, que continha as principais recomendações a respeito dos cuidados que seria prudente adotar.

A etapa Acompanhando a Trajetória mais uma vez destinava-se à avaliação dos encontros. Verificava se as orientações haviam sido bem recebidas e compreendidas. Caso fosse notada, ou caso qualquer dúvida fosse verbalizada, a mesma era

respondida.

... eu gostei das nossas conversas, só tenho medo de esquecer de alguma coisa, ou perder este papel que tu me deu. (Pescador)

Nós queremos te agradecer pela atenção e pela ajuda, foi bom poder conversar contigo.(...) pode deixar que vou procurar seguir as tuas orientações, e cada vez que a gente for no mercado vamos pensar bem antes de comprar um monte de coisas, a gente vai ver o que é melhor pra nós. (Familiar de Tenista)

Ao final do último encontro, sentia-me muito satisfeita e feliz por não ter desistido frente à primeira dificuldade que surgiu. Trabalhar com pessoas de diferentes classes sociais, religiões, culturas, hábitos e costumes foi um grande aprendizado para mim.

Entender que estas pessoas carregavam e carregam consigo uma história de vida, uma carga de conhecimento, muitas vezes diferente da minha, foi uma experiência que, num primeiro momento poderia ter sido frustrante, mas que com o meu amadurecimento pessoal e profissional se tornou uma experiência ímpar, tornou-me uma profissional que busca cuidar das pessoas independentemente das diferenças existentes entre nós, sem discriminá-las ou sentir-me superior ou inferior. Aprendi a criar uma relação de confiança com as pessoas que trabalhei. Compreendo que ao cuidarmos de pessoas que estão passando por um momento único e difícil em suas vidas, como a cirurgia cardíaca, devemos compartilhar experiências e conhecimentos e não apenas impor aquilo que sabemos e acreditamos ser o certo.

Para atingir um dos objetivos do trabalho, ao final de nosso último encontro, solicitava que as pessoas com as quais trabalhei anotassem em um papel as dúvidas que surgissem durante o primeiro mês pós-alta hospitalar. Encaminhava-lhes uma carta, com um envelope selado e endereçado à mim, para que pudessem devolver-me as dúvidas que surgiram neste período. Ao receber as cartas, prontamente respondia as mesmas.

As questões por eles levantadas foram utilizadas para a implementação de uma página na internet, que visa esclarecer dúvidas sobre cirurgia cardíaca e fornecer

orientações pré e pós-operatórias. A implementação desta página está melhor descrita no capítulo seguinte.

Assim, dava-se por encerrada nossa prática hospitalar, ficando a mestrandia disponível, por telefone ou pessoalmente, para esclarecer novas dúvidas e auxiliar no que estivesse ao seu alcance.

6 REFLETINDO SOBRE OS OBJETIVOS TRAÇADOS

O que me levou a realizar este trabalho foi uma inquietação pessoal e profissional, ao ser familiar de uma pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca e sentir-me desamparada ao enfrentar esta situação, mas que consegui superá-la pelo seu próprio esforço, através do estudo, que foi possibilitado por já estar cursando a faculdade de Enfermagem.

Ao vivenciar esta situação, perguntei-me como as pessoas que não têm conhecimento ou não têm como adquiri-lo vivenciam esta situação.

Esta questão inquietou-me e levou-me a realizar o estágio de final de curso de graduação em uma unidade coronária, trabalhando com pessoas que iriam se submeter à cirurgia cardíaca e seus familiares, fornecendo orientações, de acordo com as normas da unidade em questão, sem preocupar-me com a vontade e interesse das pessoas envolvidas.

A realização deste estágio despertou em mim uma preocupação enquanto enfermeira, pois observava que tais orientações não eram realizadas de forma regular e algumas vezes as pessoas com as quais trabalhei estavam fazendo uma re-operação e ao questioná-las quanto ao estilo de vida ficava surpresa por perceber que não haviam sido orientadas de forma alguma.

Terminei a graduação e ingressei no Mestrado em Enfermagem. A questão que surgiu ainda durante a graduação foi incrementada após eu me formar e continuava acompanhando-me. Assim, quando tive a oportunidade de realizar uma prática assistencial, logo pensei: vou cuidar das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares.

O diferencial desta prática seria prestar um cuidado/educativo, visando a promoção da saúde das pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca, baseada em um referencial teórico que desse suporte à esta atuação. Assim, destas inquietações surgiram os objetivos propostos para esta prática, os quais serão descritos e analisados

a seguir.

Refletir sobre os cuidados de Enfermagem para a Promoção da Saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares, a partir do Modelo McGill de Enfermagem e do Modelo de Cuidado de Carraro.

Cuidar faz parte das atividades diárias da Enfermagem e não se caracteriza apenas pela execução de tarefas prescritas pelos médicos. Visa conectar quem cuida com quem é cuidado (Jeon e Madjar, 1998 apud Benjumea, 2004), e uma forma de conectar estas pessoas pode se dar através da Promoção da Saúde, uma vez que, para ajudarmos neste processo precisamos conhecer, conectarmo-nos com as pessoas com as quais iremos trabalhar.

Um dos cuidados que a enfermeira de uma unidade coronária pode exercer é ajudar na promoção da saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e de seus familiares, uma vez que estas pessoas estão passando por uma situação nova, e conseqüentemente, estão precisando de apoio e de alguém que os oriente sobre os fatos que irão acontecer e sobre algumas mudanças que possivelmente ocorrerão em suas vidas.

Francioni e Coelho (2004) referem que procurar promover a saúde não é apenas proporcionar informações sobre como controlar sua condição de vida. Na verdade, penso que informar algo sem compartilhar não gera um bom aprendizado. Para que a pessoa possa aprender como ter um bom estilo de vida para seus padrões atuais é necessário que realizemos orientações levando em consideração seu estilo de vida até o momento, sua cultura, suas crenças e seus valores, bem como sua condição socioeconômica e os conhecimentos que trazem consigo.

Ao impormos certas regras para as pessoas estamos criando uma barreira entre nós, impossibilitando que se configure uma relação de confiança e de troca. Conseqüentemente, não estaremos promovendo sua saúde, poderemos sim estar promovendo uma inquietação interior, um medo de não poder fazer tudo aquilo que é certo e por isso não conseguirão ter uma boa saúde.

O objetivo de cuidarmos de uma pessoa não é criar esta inquietação. Pelo contrário. É proporcionar que as pessoas sejam responsáveis por suas questões de saúde e possam, através da troca de conhecimentos e experiências, saber o que é

melhor para sua condição de vida atual, dentro de suas possibilidades sócio-econômica-culturais.

Francioni e Coelho (2004) explicam que a educação em saúde está centrada no modelo biomédico de assistência, no qual apenas repassamos informações, muitas vezes distantes do contexto das pessoas, tornando-as incompreensíveis e inaplicáveis na vida destas pessoas.

Percebo que para a educação em saúde surtir efeitos é necessário que as pessoas com as quais iremos trabalhar conheçam-se a si próprias, sendo necessário que elas tenham conhecimento e possam refletir sobre seu estilo de vida, para então concordarem ou não com o que é preciso mudar.

Caso estejam dispostas a alterar seu estilo de vida podemos ajudá-las, através da troca de informações e não através do repasse de informações, algumas vezes pré-determinadas, a buscarem um estilo de vida mais saudável, baseado em descobertas pessoais e livre escolha.

Ao concluir este objetivo, estamos concluindo também o segundo objetivo, que seria realizar um processo cuidativo/educativo com as pessoas que submeteram-se à cirurgia cardíaca e seus familiares, baseada no Modelo de Cuidado de Carraro associada ao Modelo McGill de Enfermagem, já que cuidamos ao educar e educamos ao cuidar, e os referenciais teórico e metodológico unidos proporcionam um processo cuidativo/educativo fascinante, que permite que cuidemos e eduquemos ao mesmo tempo, sem esquecer das pessoas e da história de vida das mesmas.

O Modelo McGill de Enfermagem possibilitou-me compreender que precisamos ajudar as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares a vivenciarem esta situação de forma ativa, ou seja, não devemos dar “respostas prontas”. Devemos sim construir juntos um novo conhecimento, levando em consideração a história de vida, a cultura e o conhecimento prévio destas pessoas.

É verdade que algumas vezes é necessário desconstruir certos conhecimentos que sabemos prejudiciais à saúde destas pessoas, mas mesmo quando precisamos ter esta atitude, devemos tê-la proporcionando que eles descubram o que é melhor e mais acertado para determinadas situações.

O Modelo de Cuidado de Carraro, como ficou explicitado anteriormente, foi de

fundamental importância para a implementação desta ação cuidativa-educativa. Possibilitou uma sistematização na assistência e cuidado à estas pessoas, considerando o ser humano como singular, integral, indivisível e insubstituível.

A união do Modelo McGill ao Modelo de Cuidado de Carraro gerou frutos gratificantes e possibilitou que eu pudesse ajudar as pessoas com as quais trabalhei a alterarem seu estilo de vida, quando estas concordaram ser necessário, sem no entanto esquecer do contexto em que vivem.

Tornar as pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares agentes ativos na promoção de sua saúde, contribuindo para uma mudança positiva no seu estilo de vida, apresentou-se como terceiro objetivo do trabalho

Entendo que tornar pacientes e familiares responsáveis por seu cuidado e promover uma mudança positiva no seu estilo de vida não foi uma tarefa fácil, mas acredito que foi alcançada.

Tá, então a gente tem que escolher o que vai comer e ajudar ele, assim, incentivando pra ele caminhar, tomar os remédios...essas coisas? (Familiar de Pescador)

Que bom que tu veio aqui e nos deu essas explicações, porque a gente pode usar elas pra família toda. (Familiar de tenista)

Eu achei legal essas nossas conversas, até porque agora a gente sabe o quê que a gente tem que olhar quando compra comida, e também já sei porque tem tanta gente caminhando na rua. (Familiar de pescador)

Agora eu já sei o que eu posso sentir, caso tenha alguma coisa errada depois que eu tiver em casa, daí posso procurar ajuda. (Dançarina)

Presenciei uma certa resistência e medo das pessoas em relação a assumir parte da responsabilidade frente à sua saúde. As pessoas com as quais trabalhei acreditavam que quem é responsável pela saúde são os profissionais da saúde, que as mães apenas cuidam de seus filhos, que tratar um resfriado com um chá ou fazer um pequeno curativo não é ser responsável pela saúde. No decorrer de nossa convivência, conversamos sobre o que é promover a saúde de si e de sua família, entendendo que cada um é responsável por si próprio e também pelas pessoas que estão próximas.

A pessoa, por sua própria natureza, é um ser sociável, que ajuda aos outros. Mas, algumas vezes não reconhece isto como ser responsável por sua saúde, e entendo também, que em um caso específico como de cirurgia cardíaca, há falta de conhecimento, e é nesta construção de um novo conhecimento que podemos atuar.

Para Francioni e Coelho (2004) o enfermeiro tem como compromisso auxiliar na promoção de uma educação consciente. Sendo assim, a educação alcançará seus objetivos quando estiver baseada em princípios transformadores, partindo da realidade do convívio com a nova situação.

As mesmas autoras referem que a educação que procura desenvolver a tomada de consciência, ou seja, fazer com que a pessoa responsabilize-se por seus próprios cuidados de saúde, desenvolve também a capacidade do indivíduo de escolher, tornando-o agente ativo na promoção de sua saúde.

Ajudar a mudar o estilo de vida também não foi uma tarefa fácil. Afinal, precisava fazer com que as pessoas compreendessem que a mudança no estilo de vida era importante para que pudessem manter sua saúde. Promover esta compreensão sem ditar regras, sem impor o que é certo ou errado na minha concepção de profissional não foi simples, mas creio que através da troca de experiências e informações consegui alcançar tal objetivo.

Ao final dos nossos encontros, fiquei satisfeita por entender que este objetivo tinha sido alcançado. Percebi que as pessoas sentiam-se felizes por saber que eram capazes de cuidar de si próprios mesmo numa situação considerada, por eles, “perigosa”, como a de uma cirurgia cardíaca e que estavam conscientes que a mudança no estilo de vida é importante para a manutenção de sua saúde, sendo necessário um engajamento por parte de todos.

Que legal, já sei o que fazer pra me cuidar, agora acho que não vou mais precisar tomar aqueles remédios (estreptoquinase), vou caminhar todos os dias, de vagarinho e aos pouquinhos, eu sei...! (Tenista)

Implementar uma estratégia de cuidado para a promoção de saúde das pessoas que se submeteram à cirurgia cardíaca e seus familiares .

Exatamente por entender que a situação de cirurgia cardíaca requer uma atenção especial, tanto por parte da pessoa que irá se submeter ao procedimento e sua família quanto dos profissionais envolvidos neste processo, senti a necessidade de realizar um trabalho que deixasse frutos, que pudesse ser continuado e utilizado por outras pessoas.

Percebendo a boa aceitação das orientações prestadas tanto no período pré-operatório quanto no período pós-operatório, pensei em desenvolver algo que pudesse ajudar a pessoa que irá se submeter à cirurgia cardíaca e sua família a vivenciarem esta situação de forma consciente e participativa. Assim, optei por desenvolver uma página na internet.

Desde seu surgimento até os dias atuais, a *Internet* vem revolucionando o modo de transmitir informações em todas as áreas, inclusive nas de educação e saúde. É uma importante ferramenta na disseminação de conhecimentos e informações, uma vez que contém um grande número de documentos com os mais variados conteúdos, que podem ser consultados de qualquer parte do mundo e pelas mais diversas pessoas (SILVA, CASSIANI e MASCARENHAS, 2001).

A página em questão contempla informações referentes ao período pré-operatório, à recuperação na unidade de cuidados intensivos cardiológicos, bem como as orientações referentes ao novo estilo de vida que será prudente ser adotado após a alta hospitalar, esclarecendo algumas dúvidas que poderão surgir no período em que as pessoas se encontram em seu domicílio. A página foi construída a partir das dúvidas que as pessoas com as quais trabalhei enviaram-me após o primeiro mês de alta hospitalar e com conhecimentos adquiridos na bibliografia e com a experiência pessoal e profissional. A página pode ser visitada no endereço <http://www.orientacaooc.com.br>

A internet revolucionou a troca de informações mundialmente e a Enfermagem, a exemplo de outras profissões da área de saúde, percebe a Internet como um meio através do qual poderia disseminar informações, sejam elas para o intercâmbio profissional, como um recurso para a pesquisa e/ou como uma ferramenta para promover a educação em saúde (MARQUES e MARIN, 2002).

Simpson, em 1996, dizia que as projeções em curto prazo estimavam que a internet atuaria ajudando enfermeiros a estenderem seus serviços à comunidade e a

educarem populações específicas. Penso que com este instrumento poderei ajudar as pessoas que irão vivenciar e que já vivenciaram a situação de cirurgia cardíaca, no hospital em que realizei minha atividade, em outros que estejam interessados e nas residências destas pessoas.

Enfim, a realização deste trabalho possibilitou que os objetivos traçados fossem alcançados e até superados. Superados sim, ao passo que entendi que o meu cuidado ajudou as pessoas a vivenciarem a situação de cirurgia cardíaca de forma mais consciente, participativa e serena, certamente contribuindo para a promoção de sua saúde.

A situação de cirurgia cardíaca é geradora de muito estresse, medo e angústia, tanto para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca quanto para seus familiares. As orientações sobre a cirurgia, a anestesia, o modo como o paciente estará quando acordar na UCOR, o modo como os familiares o verão pela primeira vez, a apresentação do centro cirúrgico, da própria UCOR, de alguns profissionais desta unidade e o fato de ter uma pessoa conhecida, a quem possam recorrer em momentos de aflição e dúvida, ajudaram estas pessoas a enfrentarem esta situação com mais conhecimento, o que proporcionou uma maior tranquilidade e envolvimento.

Outro modo com o qual ajudei estas pessoas a aliviarem a angústia foi a realização de conversas sobre os cuidados que seriam prudentes adotar quando estes se encontrassem em seu domicílio, assim como o incentivo a tornarem-se também responsáveis pela sua saúde e pela recuperação e reabilitação do paciente. Percebo que ao compreenderem que são capazes de cuidar de si próprios, mesmo em uma situação de cirurgia cardíaca, tornar-se-ão menos apreensivos com relação ao retorno para seus domicílios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando sentimos nossa vida ou a vida de alguém que amamos ameaçada, é como se despertássemos e entendêssemos que a vida é um bem precioso demais para ser perdido antes do tempo. Percebemos que podemos e precisamos lutar para mantê-la. Este sentimento, quando associado à educação em saúde, auxilia pacientes e familiares a tornarem-se responsáveis pela promoção de sua própria saúde.

Com a realização desta prática cuidativa-educativa, embasada nos princípios do Modelo McGill de Enfermagem, foi possível auxiliar o paciente e seus familiares a enfrentarem a situação que estavam vivenciando e a nova condição de vida que surgiria após a alta hospitalar. Este modelo, cujo enfoque é a promoção da saúde, nos proporciona prestar uma atenção direcionada à pessoa, que precisa adquirir conhecimento para tornar-se responsável por sua saúde e/ou de sua família, sem esquecermos da cultura e conhecimentos previamente adquiridos.

Ao cuidarmos de pessoas, compartilhando experiências e conhecimentos, poderemos conscientizá-las que a promoção e manutenção de sua saúde e qualidade de vida dependem, em grande parte, das escolhas que elas mesmas fazem para sua vida. Não precisamos, necessariamente, dizer o que deve ou o que não deve ser feito com conotação proibitiva, mas sim dar opções, proporcionar novos conhecimentos e deixar que elas escolham o estilo de vida que irão adotar após vivenciarem a cirurgia cardíaca.

Por sua vez, a utilização do Modelo de Cuidado de Carraro possibilitou cuidar de pessoas de forma sistematizada, sempre enxergando a pessoa como um ser integral. Assim, este modelo de cuidado é recomendado para ser aplicado no dia-a-dia das unidades de cuidados cardíacos intensivos e outros cuidados.

Com a realização desta prática percebi que o Modelo de Cuidado de Carraro associado aos ideais do Modelo McGill de Enfermagem, possibilitou um cuidado

humanizado e individualizado e, ao mesmo tempo, sistematizado, levando as pessoas envolvidas nesta situação a tornarem-se agentes ativos e também responsáveis pela recuperação e reabilitação, promovendo sua saúde.

Para auxiliarmos na promoção da saúde destas pessoas e seus familiares, precisamos lembrar, e compartilhar com as pessoas envolvidas neste processo, o referido por Hanestad (1989), quando este relata que o fato de desenvolver uma doença não implicará, necessariamente, na redução da qualidade de vida, mas será uma variável que influenciará na qualidade do seu modo de vida, uma vez que as doenças interferem nas atividades, relações interpessoais e auto-estima.

A opção por manter apenas os conceitos referidos no Modelo McGill de Enfermagem gerou certa insegurança, em um primeiro momento, uma vez que se tratava de um referencial desenvolvido em um país estrangeiro, com culturas, hábitos e costumes diferentes do nosso. No entanto, com o decorrer deste trabalho percebi que o entendido pelos canadenses por saúde, enfermagem, pessoas e meio ambiente pode ser aplicado à nossa realidade. Sendo assim, compreendo que o Modelo McGill de Enfermagem é um referencial que pode ser estudado pelos enfermeiros brasileiros e aplicados às diferentes situações de saúde, promovendo uma contribuição significativa para o nosso cuidado.

Cuidar de pessoas embasada em um referencial teórico exigiu que alguns conceitos, valores e crenças que me acompanhavam fossem reconstruídos e outros novos fossem somados à minha vivência e experiência enquanto pessoa e profissional.

Aplicar na nossa prática diária um Modelo de Cuidado, desenvolvido por uma enfermeira brasileira, associado a um outro Modelo de Cuidado, desenvolvido em um país com uma cultura diferente da nossa, não é uma tarefa fácil. Exige aprofundamento de diversos conhecimentos e a inclusão de novos conceitos.

Acredito ser importante deixar claro que ao implementar esta associação percebi que esta pode revelar-se uma prática cuidativa-educativa diferenciada, podendo ser desenvolvida com o auxílio das pessoas envolvidas na situação de cuidado, fazendo com que estas pessoas sintam-se parte integrante do processo, percebendo que seus conhecimentos, suas opiniões e suas vontades são respeitadas.

Compreendo que este trabalho não pode ser considerado finito, pois promover a

saúde de pessoas que vivenciaram cirurgia cardíaca, fazendo uso do Modelo McGill de Enfermagem e do Modelo de Cuidado de Carraro deve ser continuado, uma vez que, entendo a utilização do referencial teórico e metodológico propostos nesta dissertação como importantes para o desenvolvimento de nossa profissão. Assim, recomendo o estudo destes Modelos em outras áreas de atuação da enfermagem e, a fim de aprofundar conhecimentos, na área da cardiologia.

Em relação à página eletrônica elaborada durante a realização deste trabalho, e disponível no endereço eletrônico www.orientacaocc.com.br, aconselhamos sua ampla divulgação nas instituições de saúde, entre os profissionais da área da saúde e aos usuários destes serviços, visto que esta representa um cuidado para a promoção de saúde.

Assim, entendo que a prática em questão teve êxito em suas fases, promovendo a saúde das pessoas envolvidas na situação de cirurgia cardíaca, ajudando-as a re-educar hábitos e costumes, fazendo um trabalho com as pessoas e não apenas para as pessoas.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, D. C. & MESSICK, J. A. **Crisis intervention: theory and methodology**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1986. 253 p.

ALEXANDER, F. **Cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ASSMANN, G. et al. The Muster Heart Study (PROCAM) – Results of follow-up at 8 years. **European Heart Journal**, 1998. Disponível em <<http://www.eurheartj.org> > Disponível em 12 de setembro de 2004.

BASTOS, D. S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado**. Florianópolis. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M.S. Identificando Déficit de Autocuidado de Clientes Hipertensos de um Centro Municipal de Saúde. **Revista Texto e Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.92-99, jan-mar. 2004.

BENJUMEA, C.C. Cuidado Familiar em Condições Crônicas: uma aproximação a la literatura. **Revista Texto e Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, p 137 – 146, jan/mar, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade. **DATASUS**. Disponível em www.datasus.org.br, acessado em 12 de setembro de 2004.

BUFFOLO, E. IN: MULINARI, L. A. Miniesternotomia: um acesso seguro para a cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 12. n. 4. out./dez. 1997.

CAMERON, D. E. et al. **Manual de cirurgia cardíaca do Hospital Johns Hopkins**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Tradução por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1980. 323 p. Tradução de: Principles of preventive psychiatry.

CARRARO, T.E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. Florianópolis. 147f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

CARRARO, T.E. e RADÜNZ, V. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. **Revista Cogitare Enfermagem**. v.1, n. 2, p. 50-52, jul/dez. 1996.

CASTILLO, C. V. C. **Construção coletiva da promoção de saúde na vida cotidiana**: participação comunitária em nível local. Florianópolis. 211 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. . Florianópolis, 2000

CASTRO, S. V. **Anatomia fundamental**. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1978.

CLARK, M. & OLSON, J. **Nursing Within a faith community**: promoting health in times of transition. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, 2000.

COSTA, I. A. da. História da cirurgia cardíaca brasileira. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, Jan 1998, v.13, n.1. p.1-7.

DAL SASSO, G. T.M. **A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda** – um desafio para a enfermagem. Florianópolis. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

DAWBER, R. et al. **The Framingham Study**. The epidemiology of atherosclerotic disease. Harvard University Press, 1980.

DE GASPERI, P. **A assistência de enfermagem humanizada na unidade coronariana**: integrando paciente e familiar na busca da reabilitação. Santa Maria. 2003.118f. Monografia (Conclusão de curso de Graduação) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

DONADUSSI, T.R. e SAUPE, R. A educação pré-operatória do paciente cirúrgico – visando uma assistência peri-operatória. **Revista Texto & Contexto**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p 325 – 327, set/dez, 1999.

FERES. F. et al. In: TIEMRMAN, A. et al. **Urgências cardiovasculares**. São Paulo: Sarvier, 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEROA, A.A. Livre Vontade do Usuário Frente à Educação em Saúde. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v.6 , n. 3, p. 131-147. Set/Dez 1997.

FRANCIONE, F.F; COELHO, M. S. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, p 156 – 163, jan/mar. 2004.

FUSTER, E. et al. 27^a Bethesda Conference Report: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. **Journal of American College of Cardiology**, 1996. Disponível em <<http://www.cardiosource.com/jacc.html>> Acesso em : 10 de setembro de 2004.

GHORAYEB, N. e MENEGHELO, R. S. **Métodos diagnósticos em cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

GOTTSCHALL, C.A.M. In: Nesralla, I. **Cardiologia Cirurgica – Perspectivas para o ano 2000**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1994.

HAMBRECHT, R. et al. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions, **Journal of American College Cardiology**, 1993. Disponível em <<http://www.cardiosource.com/jacc.html>> Acesso em : 10 de setembro de 2004.

HANESTAD, R.B. Insulin-dependent Diabetes Mellitus na Quality of Live – A theoretical Analysis. **Scand Journal Caring Science**, v.3, n.3, 1989.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

International Council on Nurses - ICN. **Mobilizing nurses for health promotion**. 2003. Disponível em <http://www.icn.ch/index.html> Acesso em: 07 de jun de 2004.

INTERSALT. Cooperative Research Group. **British Medical Journal**, 1988. Disponível em <<http://bmj.bmjournals.com>> Acesso em 05 de setembro de 2004.

KEYS, A.. Coronary Heart Disease in seven countries. **Circulation**, 1970. Disponível em <<http://circ.ahajournals.org>> Acesso em 17 de setembro de 2004.

KING, I.M. Concepts: Essential elements of theories. **Nursing science quaterly**. Pag. 22-25, 1988.

LAMOSA, B.W.R. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

LEAVELL, S & CLARCK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw, 1976.

LIMA, R.C. e KUBRUSLY, L. F. **Diretrizes de cirurgia de revascularização**

miocárdica, valvulopatias e doenças da aorta – julho 2004. Disponível em: <<http://www.cardiol.br>> Acesso em: 15 de novembro de 2004

MANSUR, A. P. et al. Tratamento Medicamentoso da Doença Arterial Coronária Estável em Centros de Atendimento Primário e Terciário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.69. 1997. p. 165-168.

MARQUES, I.R. e MARIN, H.F. Enfermagem Na Web: O Processo De Criação E Validação De Um Web Site Sobre Doença Arterial Coronariana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.10 n.3 Ribeirão Preto maio/jun. 2002.

MCGILL UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING. **Origins of the McGill Model of Nursing**. Disponível em <<http://www.nursing.mcgill.ca>>. Acesso em: 05 jun. 2004.

MEDEIROS, M. C. **Refletindo sobre as práticas educativas de uma equipe da estratégia saúde da família**. Florianópolis. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MELTZER, L. E. et al. **Enfermagem na unidade coronariana**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MOTTA, A.L.C. **Assistência de enfermagem em cardiologia**. Porto Alegre: Érica, 2003.

NESRALLA, I e SANT'ANNA, J.R.M. In: : NESRALLA, I. **Cardiologia cirúrgica – perspectivas para o ano 2000**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1994.

NIEBAUER, J et al. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention – role of physical exercise. **Circulation**, 1997. Disponível em < <http://circ.ahajournals.org>> Acesso em 12 de setembro de 2004.

OLIVEIRA, M.F.P. e ISMAEL, S.M.C. In: LAMOSA, B.W.R. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

OLSON, J. IN: CLARK, M. & OLSON, J. **Nursing Within a faith community: promoting health in times of transition**. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, 2000

ORNISH, D. et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? **The Lancet**, 1990. Disponível em <<http://www.thelancet.com>> Acesso em 12 de setembro de 2004.

PELLANDA, L. C. et al. Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância. **J. Pediatria (Rio J)**, Abr 2002, vol.78, no.2, p.91-96. ISSN 0021-7557

PEREIRA, E. et al. In: NESRALLA, I. **Cardiologia cirúrgica** – perspectivas para o ano 2000. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1994.

PIEGAS, L.S. et al. **III Diretrizes sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio** – julho 2004. Disponível em: <<http://www.cardiol.br>> Acesso em: 15 de novembro de 2004.

POLLOCK, M.L. & WILMORE, J.H. **Exercise in health and disease: evaluation and prescription for prevention and rehabilitation**. Philadelphia: Saunders, 1990.

QUINTÃO, E.C.R. **Colesterol e aterosclerose**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1992.

RABELO, S.E. e PADILHA, M.I.C.S. Qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para clientes e enfermeira. **Revista Texto e Contexto**. v.8, n. 3 p 250-262, Set/Dez, 1999

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia: AB, 1999.

_____. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout**. Florianópolis. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ROMANO, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

SILVA, F.B; CASSIANI, S,H,B; MASCARENHAS, S.H. A Internet E A Enfermagem: Construção De Um Site Sobre Administração De Medicamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.9 n.1 Ribeirão Preto jan. 2001

SIMPSON, RL. Will the Internet supplant community health networks? **Nurs Manag** 1996 February; 27 (2): 20-3.

SMELTZER, S. C. & BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

TANAJURA, L. F. L. e PIEGAS, L. S. In : TIMERMAN, A. **Urgências cardiovasculares**. São Paulo: Sarvier, 1996.

TIMERMAN, A. et al. **Urgências cardiovasculares**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1996.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção a saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

WORTH, R.M. et al. Epidemiologic Studies of Coronary heart disease and stroke in Japanese men living. Japan, Hawaii and California Mortality. **American Epidemiology**, 1975.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE NO CUIDADO A PESSOAS QUE VIVENCIAM CIRURGIA CARDÍACA.

Mestranda: Patricia De Gasperi Telefone para contato: (048) 88030019 / (55) 222-2949

Eu, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção aceito participar do projeto de prática “A ENFERMAGEM PROMOVENDO A SAÚDE NO CUIDADO A PESSOAS QUE VIVENCIAM CIRURGIA CARDÍACA”. Tenho conhecimento de que este projeto tem como objetivo buscar tornar o paciente e seus familiares agentes ativos na promoção de saúde dos mesmos, procurando contribuir para uma re-educação nos hábitos e costumes destes, bem como colaborar para o enfrentamento da nova condição de vida que surge após a realização de cirurgia cardíaca.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido declaro que estou ciente, de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos a que serei submetido.

Fui igualmente informado:

- da possibilidade de ter minhas falas registradas;
- da garantia de receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- da possibilidade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- de ver cumprido, pela mestranda, o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos;
- ter assegurado que este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes.

Data: ____/____/____

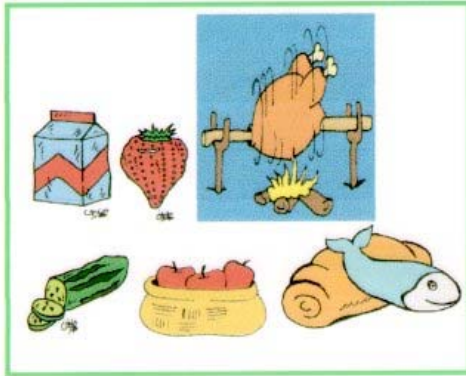
Patricia De Gasperi

Assinatura do participante

APÊNDICE B

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PÓS-CIRURGIA CARDÍACA E MANUTENÇÃO DE UMA BOA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PARA O Sr.

Alimentação



A alimentação é um fator muito importante e que deve ser levado muito à sério quando tratamos de doenças cardíacas e diabetes.

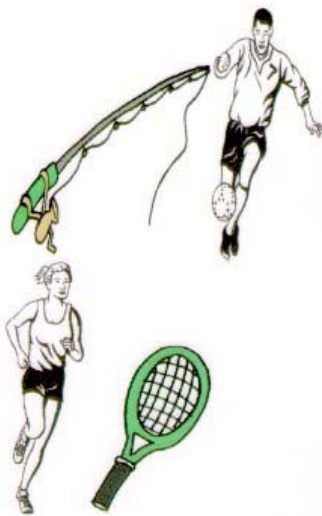
Os diferentes tipos de alimentos interferem na produção de colesterol ruim, LDL, colesterol bom, HDL, triglicerídeos, que são gorduras, e na glicose, o açúcar. Com exceção do HDL, devemos minimizar a produção dos demais, para isso é importante cuidarmos da alimentação.

Os alimentos aos quais você deve dar preferência são aqueles que irão lhe ajudar a controlar a quantidade de gordura e de açúcar no sangue, como por exemplo:

- procure ingerir bastante vegetais, legumes e frutas em geral, se for possível de preferência aqueles que são ricos em vitamina C, como por exemplo a laranja, acerola, limão, maçã, pimentão e alho, pois estes ajudam a reduzir as taxas de colesterol ruim;
- mantenham o uso restrito de sal;
- é importante substituir o azeite e a banha por óleo de canola, milho ou girassol;
- o uso de azeite de oliva nas saladas auxilia na aumento da produção de colesterol bom. Usem!!!
- procure substituir a margarina e a manteiga por um creme vegetal light, ou "becel", que ajuda a diminuir o colesterol ruim, aumentar o bom e protege a coração;
- evite carnes gordas. Dê preferência à peixes que possuem ômega 3, que protege o coração, carnes brancas e sem pele ou gordura. Tire toda a gordura e pele das carnes antes de prepará-las. Pode consumir carne de porco magra, como por exemplo o lombo suíno. Procure preparar as carnes grelhadas, cozidas, sem o uso de gorduras, ou como churrasco.
- evite o consumo de bolos e pães, principalmente pão caseiro, pois este possui grande quantidade de gordura e açúcar, o que aumenta o colesterol e a glicose;
- procure evitar os doces, principalmente aqueles que além de conterem açúcar, contêm gordura, como por exemplo a ambrosia, cremes com leite condensado, creme -de-leite e ovos;
- substitua o leite de vaca pelo leite desnatado (leite de caixinha). Até se acostumar dilua meio-a-meio o leite de vaca, pois este leite contém grande quantidade de gordura;
- existe um arroz chamado PARBOILIZADO, o qual é preparado sem gordura, basta acrescentar um pouco de sal e água. Procure usar este!!!
- procure evitar o uso de enlatados e embutidos (salame, presunto, patê, linguiças), assim como o uso de gema de ovo; a clara pode se consumida;
- de preferência aos queijos brancos, minas frescal ou ricota, ao invés do queijo de colônia, prato ou muzzarela e,

- procure evitar bebidas alcoólicas nos primeiros 3 meses, após pode ingerir, de preferência, vinho tinto, sem ultrapassar 250ml por dia (2 taças) e cerveja só em ocasiões especiais e esporádicas. O uso de destilados (whisk, cachaça, vodka) devem ser evitados sempre!!!

Atividade Física



Os exercícios físicos ajudam a reduzir o colesterol, manter uma boa circulação, aumentar a oxigenação do sangue e aumentar o vigor físico. Todas as pessoas devem praticá-los, de forma moderada a adequada a história de saúde de cada um.

Após ter enfrentado uma cirurgia de revascularização do miocárdio, é importante manter uma atividade física diária, e a mais recomendada é a caminhada.

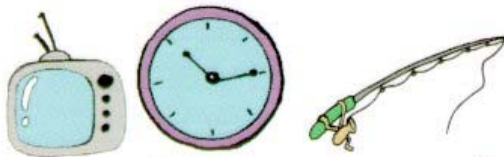
Na primeira semana após a alta hospitalar, procure caminhar dentro de casa ou no pátio, por 5 minutos, caso sentir-se cansado pare a caminhada e recomece depois de descansar algumas horas.

Na segunda semana, ou de acordo com a recuperação de seu pulmão e coração, aumente gradualmente para 10 minutos de caminhada. Na terceira semana aumente para 15 e assim sucessivamente.

- Se ao aumentar a quantidade de minutos caminhados sentir-se bem, mantenha as caminhadas pelo menos 4 vezes por semana.

- caso sentir-se mal procure ajuda médica;
- procure caminha acompanhado nos primeiros meses;
- não é necessário caminhar mais do que uma hora por dia após liberação médica (8 meses);
- evite caminhar após as refeições ou sob sol forte ou sereno;
- evite carregar pesos, como malas, crianças, sacolas, móveis....
- caminhe em locais planos;
- é recomendado caminhadas DIÁRIAS!!!!

Sono, repouso e lazer



-comemore as vitórias, viva o presente, cultive sonhos....

- sempre que se sentir cansado descanse, faça alongamentos e exercícios respiratórios, como os ensinados pelas fisioterapeutas

É importante que você se exercite e descanse também.

-procure dormir de 6 a 8 horas por noite;

-faça atividades que lhe dêem prazer, como, ver TV, pescar, conversar com os amigos;

Demais cuidados importantes para sua saúde

- podem ocorrer coceiras e formigamento nas cicatrizes. É normal!
- caso ocorra rompimento de pontos ou secreção, procure atendimento médico;
- evite ficar sentado por tempo prolongado e cruzar as pernas;
- eleve a perna com a cicatriz até a altura do quadril, isto ajuda o retorno venoso e a diminuir o edema, inchaço;
- procure não pegar sol diretamente nas cicatrizes nos primeiros meses;
- evite viagens muito prolongadas, caso dure mais de duas horas, para a cada 1 hora e meia e caminhe alguns minutos e faça alongamentos. Isto ajuda a manter uma boa circulação sanguínea e a evitar formação de coágulos nas pernas;
- pode banhar-se à vontade, usando de preferência sabão de glicerina ou neutro enquanto não estiver bem cicatrizado; se sentir-se inseguro peça ajuda;
- mantenha-se longe do cigarro!!! Pode causar aumento na pressão sanguínea, vasoconstrição e lesão no tecido pulmonar;
- pode dirigir automóvel, com direção hidráulica, dentro de dois meses após a alta hospitalar;
- a atividade sexual pode ser retomada após 1 mês da alta hospitalar, com moderação e posições passivas
- é muito importante tomar TODOS os medicamentos prescritos, nos horários e doses certas
- é necessário consultar o médico regularmente. No início 2 vezes por ano e após liberação, faça consultas anuais com cardiologista.

Quaisquer dúvidas não hesitem em procurar-me.

Não esqueçam que a doença arterial obstrutiva, que pode levar ao infarto agudo do miocárdio (IAM) e/ou a necessidade de cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) tem, entre outras causas, a hereditariedade, por isso é importante que seus filhos comecem a cuidar de suas alimentações e atividades físicas deste cedo.

**Enfª Patricia De Gasperi
e-mail: patrigasper@yahoo.com.br
F: (55) 222 2949**

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- FORTUNA, P. Pós-operatório de cirurgia cardíaca. São Paulo: Atheneu, 1996.
SCHENEIDER, E. A cura e a saúde pelos alimentos. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1987
MELTZER, L. Enfermagem em unidade coronária. São Paulo: Atheneu, 2000

ANEXOS

ANEXO 01

