

ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO FUNDAMENTADA NA
TEORIA DE IMOGENE KING

FLORIANÓPOLIS - SC

NOVEMBRO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO FUNDAMENTADA NA
TEORIA DE IMOGENE KING

POR

ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

NOVEMBRO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

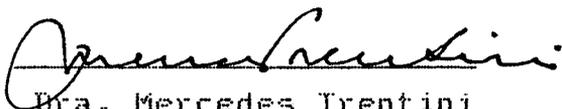
TÍTULO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS
COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO FUNDAMENTADA
NA TEORIA DE IMOGENE KING

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM

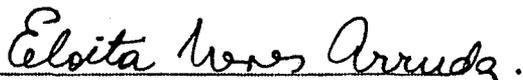
Por

ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Aprovada em: 28/11/1991



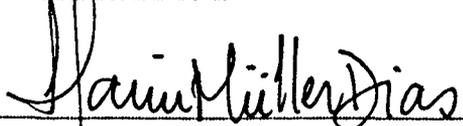
Dra. Mercedes Trentini
Presidente



Dra. Eloita Neves Arruda
Examinadora



Dra. Lidivina Horr
Examinadora



Dra. Lygia Faim Muller Dias
Examinadora Suplente

ORIENTADORA: Dra. Mercedes Trentini
CO-ORIENTADORA: Mestre M^ª Albertina B. Pacheco

Dedico este meu trabalho a
minha mãe Luci e minhas irmãs
Mãe da Graça e Valda pelo
apoio incentivo e carinho.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento aos pacientes que participaram deste estudo, pois sem eles não seria possível realizá-lo.

A minha mãe e irmãs, pelo carinho, apoio e incentivo manifestados desde o momento que decidi fazer o mestrado.

A minha irmã Maria da Graça pelas longas horas que dedicou a leitura de meus manuscritos, contribuindo com críticas e sugestões, durante todo o curso.

A Professora Dra. Mercedes Trentini pela orientação e incentivo possibilitando a elaboração deste trabalho.

A Mestre Maria Albertina B. Pacheco, pela dedicação, boa vontade, material cedido e orientação prestada, principalmente na revisão de literatura.

A Universidade do Vale do Itajaí, que me concedeu licença para realização do Curso de Mestrado.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC pela parcela de contribuição que cada um, dedicou ao meu crescimento profissional.

A colega Lusani Rocha, pela amizade, convivência e crescimento partilhados.

Aos hospitais utilizados, pela facilidade de acesso.

As equipes de enfermagem do C.T.I e U.C onde foi realizado o trabalho, pela receptividade.

A Rosa M^a Pereira Martins, secretária do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, pela atenção e disponibilidade no encaminhamento das questões administrativas.

Ao CNPq e CAPES, pela ajuda financeira necessária para realização do curso.

Ao Alexandre Zarske de Mello e Luís Felipe Gonzaga de Campos pela forma dedicada e competente com que digitaram este trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na realização deste.

A Deus, por estar a meu lado em todos os momentos.

RESUMO

Este trabalho trata da elaboração de um Marco Conceitual e um Processo de Enfermagem, fundamentados na Teoria de Enfermagem de Imogene King, para a assistência à pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio internados em Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) ou Unidade Coronariana (U.C). A metodologia assistencial foi desenvolvida com 15 pacientes, em dois hospitais, no período de abril a junho de 1989 e janeiro de 1990. O histórico de enfermagem foi conduzido concomitante com a assistência, através de entrevista que incluiu todos os conceitos do marco conceitual e através da observação e consulta aos prontuários dos pacientes. A assistência foi prestada à medida em que os problemas foram sendo identificados, conforme o marco conceitual elaborado e seguido dos passos do processo de enfermagem proposto por King.

Concluiu-se a partir da assistência prestada que: todos os conceitos do marco elaborado, puderam ser operacionalizados; que o conceito estresse esteve presente em 13 dos 15 pacientes do estudo; faz-se necessário desempenhar esforços para que os conceitos relacionados a administração da assis-

tência de enfermagem como: tomada de decisão, organização, autoridade e poder sejam operacionalizados uma vez que encontra-se dificuldade, porque o enfermeiro não só presta cuidados diretos ao paciente mas também é responsável pela administração da assistência a todos os pacientes e pela administração da unidade de internação além do que os demais elementos da equipe na maioria dessas unidades, são em número insuficiente e a aplicação da teoria exige praticamente a relação de um paciente para uma pessoa de enfermagem. Recomenda-se porém que os elementos da equipe utilizem alguns conceitos como: comunicação, percepção e interação na assistência aos pacientes no dia a dia, para tornar essa assistência cada vez mais humanizada e menos tecnicista, comum nessas unidades.

ABSTRACT

This dissertation is concerned with the elaboration of a conceptual framework and a process of nursing, both based on the Theory of Nursing by Imogene King for the assistance to patients who have admitted to the Intensive Care Unit or Coronary Unit with acute heart attack. The assistance methodology was developed with 15 patients from two hospitals, during the periods from April through June 1989 and January 1990. The nursing background was carried out simultaneously with the assistance, by an interview which covered all the concepts of the conceptual framework as well as by the observation and consultation of the patients' medical records. The assistance was provided as the problems were identified according to the designed conceptual framework and following according to the process of nursing suggested by King.

From the assistance provided we could conclude that: Firstly, all the concepts of the designed conceptual could be put into practice; secondly, the "stress" concept was shared by 13 out of the 15 patients under observation; thirdly, it is necessary to make all the efforts so that the concepts related to nursing assistance administration, such as taking decisions, organization, authority and power, can be put into practice since there is a lot of difficulty for that. This happens because the nurse not only directly takes care of the patient but she is also responsible for the administration of assistance to all the patients as well as for the management of the admittance unit. Besides, in most of these units the other members of the staff represent an insufficient number and the application of the theory requires a one-to-one relationship, that is, one patient to one nurse. Therefore, we suggest that the staff should make use of concepts like: communication, perception and interaction for the daily assistance of the patients, making this assistance more human and less technical, what is quite common in these units.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa	4
1.2 Objetivo Geral	7
1.3 Objetivos Específicos	8
2 - REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 Epidemiologia	9
Infarto Agudo do Miocárdio	9
Aspectos Epidemiológicos	34
2.2 Assistência de Enfermagem ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio.....	42
O Paciente Infartado na U.T.I/U.C	42
Aspectos Físicos da Assistência	46
Aspectos Psicológicos da Assistência..	50

2.3	Utilização da Teoria de King	55
3	- MARCO CONCEITUAL	59
3.1	Pressupostos Teóricos Filosóficos de King	61
3.2	Pressupostos Pessoais	61
3.3	Definição dos Conceitos	63
4	- PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO KING	72
5	- METODOLOGIA	75
5.1	- Local de Implementação da Teoria	75
5.1.1	Escolha do Local	76
5.1.2	Características do Local	76
5.2	- Etapas da Implementação	81
5.3	- Critérios para Seleção dos Pacientes .	82
5.4	- Processo de Enfermagem Utilizado no Estudo	82

6 - IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA	87
7 - DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO	179
7.1 - Discussão dos Conceitos do Marco	179
7.2 - Descrevendo o Processo de Compreensão e Aplicação da Teoria	197
8 - CONCLUSÃO	202
9 - IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	204
10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207

- ANEXOS

1 - INTRODUÇÃO

A presente dissertação trata da implementação de uma proposta de assistência de enfermagem a indivíduos com Infarto Agudo do Miocárdio (I.A.M.), baseada na teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King. Esta teorista é americana com experiência de enfermagem na administração, educação e assistência. Desde a década de sessenta tem se preocupado em desenvolver uma teoria para direcionar a prática de enfermagem (George, 1980). Seu primeiro livro " Toward a Theory For Nursing: General Concepts of Human Behavior " (Rumo a uma Teoria para Enfermagem: Conceitos Gerais e Comportamento Humano) foi publicado em 1971 e nele King desenvolve uma série de conceitos para o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem. Dez anos após (1981) é publicado seu segundo livro " A Theory for Nursing: systems, concepts, process " (Uma teoria para Enfermagem: sistemas, conceitos e processos). Nele, King justifica o porque de sua teoria se fundamentar na teoria dos sistemas e apresenta uma maneira de esboçar sistemas inter-relacionados para a enfermagem. Segundo a autora nos últimos vinte anos ou mais, tem surgido uma abordagem de sistemas pa-

ra enfrentar as mudanças e a complexidade das organizações de cuidado à saúde. Para alguns cientistas que tem estudado sistemas, entre eles Von Bertalanfly, 1968; Wiener, 1967; Churchmann, 1968; Howland, 1976, citados por King (1981, p.10) afirmam que a única maneira de estudar seres humanos interagindo com o ambiente, é esboçar um esquema conceitual de variáveis interdependentes e de conceitos interrelacionados. Para a autora o foco da enfermagem é o cuidado de seres humanos e " se o objetivo da enfermagem é a preocupação com a saúde de indivíduos e o cuidado da saúde de grupos, e se é aceita a premissa de que os seres humanos são sistemas abertos interagindo com o ambiente, então, um esquema conceitual para a enfermagem deve ser organizado de forma a incorporar essas idéias " (King, 1981, p.2-10). Utilizei, para este estudo somente alguns conceitos, a partir do esquema conceitual referido por King em sua teoria, adaptados ao indivíduo com infarto agudo do miocárdio, os quais direcionaram minha prática assistencial e foram operacionalizados através do processo de enfermagem.

O Infarto Agudo do Miocárdio é definido por Francisco (1989 p.189) como a " necrose isquêmica do tecido miocárdio decorrente da oclusão da artéria coronária ou seus ramos ".

Segundo Lólio e Laurenti (1986) o IAM ocupa no nosso meio, dentre as doenças cardiovasculares, um papel cada vez mais significativa. Esse fato é confirmado pelo Ministério da

Saúde (1988) quando informa que dos 33,3% dos óbitos por doenças cardiovasculares em 1984 no Brasil, 9,54% foram devidos a doença isquêmica do coração, somente superada pelas doenças cerebrovasculares (11,44%). No estudo efetuado por Prado et al (1988) sobre a mortalidade por doenças do aparelho circulatório na Região Sul do Brasil, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte em 1980, sendo que em Santa Catarina ocuparam um percentual de 34,6%. Embora mantenha-se como primeira causa de morbi-mortalidade segundo Lapes, 1989 alguns países como Estados Unidos, Canadá, Noruega, Austrália, Nova Zelândia e muitos outros a mortalidade por doença coronária diminuiu de modo significativo demonstrando o êxito da prevenção.

Há três fatores de risco considerados importantes na gênese das doenças coronarianas: o tabagismo, a hipertensão arterial e a taxa de colesterol elevada. Com relação ao tabagismo o Ministério da Saúde (1988) informa que o consumo global de cigarros, no Brasil, aumentou dez vezes nos últimos 50 anos (de 13 bilhões em 1935 para 130 bilhões em 1985), enquanto que o consumo por pessoa, no grupo etário de 15 anos e mais, triplicou no mesmo período, passando de 600 para 1800 cigarros per capita. Quanto a hipertensão arterial estima-se que 10 milhões de brasileiros sejam hipertensos. No que se refere ao colesterol, não há registros. Esses dados do Ministério da Saúde ajudam a esclarecer porque as doenças cardiovas-

culares se constituem em nosso meio uma das principais causas de mortalidade e, a partir da década de cinquenta, tem mostrado uma tendência crescente como cita Lolio e Laurenti (1986).

Para Wipple (1980) e Meltzer et al (1984) a doença coronariana acomete as pessoas no apogeu de sua vida produtiva. Essa afirmação é corroborada pelo Ministério da Saúde (1988) quando informa que em 1984 as doenças do aparelho circulatório causaram 25% das mortes na faixa etária de 20 a 49 anos. Segundo estudos, o infarto incide mais no homem do que na mulher e em ambos os sexos, aumenta com a idade (Meltzer, et al 1984).

A ameaça de morte súbita nesses pacientes é real e requer internação do paciente em unidade coronariana (Yamada, 1989). Para a autora o profissional enfermeiro é a fonte mais importante de segurança e conforto para o paciente cardíaco e sua família quando este se encontra na unidade coronariana. Entre os aspectos da assistência de enfermagem ela cita : a compreensão, a atenção e a privacidade.

1.1 - Justificativa

Decidi assistir o indivíduo com Infarto Agudo do Miocárdio devido ao fato de acreditar que dentre os pacientes agudos graves, com os quais trabalhei aproximadamente 5 anos

como enfermeira assistencial e posteriormente como docente assistencial em U.T.I, este é o que mais necessita de uma assistência interacionista, por encontrá-lo frequentemente temeroso e apreensivo com a sua situação de saúde, e ainda sujeito a uma enorme sobrecarga sensorial sobre a qual ele tem pouco ou nenhum controle. Somado a isso está o fato destes pacientes acreditarem na possibilidade de uma incapacidade física futura e do risco de morte iminente. Outro aspecto que me levou a fazer este trabalho é por constatar que os modelos de assistência de enfermagem dirigidos a pacientes infartados, na nossa realidade estão voltados principalmente ao atendimento das exigências terapêuticas requeridas pela patologia, diferente da minha proposta.

A decisão de propor um modelo de assistência baseado numa teoria se deve ao fato de acreditar que as ações de enfermagem se tornam mais efetivas e organizadas, se orientadas por uma metodologia assistencial que tenha como alicerce um marco conceitual. Essa conscientização ocorreu durante o curso de mestrado com o estudo de várias teorias de enfermagem e inclusive como ouvinte, participando de seminários apresentados por colegas de turmas anteriores, sobre a aplicabilidade de algumas teorias. Outra razão foi a sugestão do corpo docente do curso, para que se aplicasse uma teoria como trabalho de dissertação dentro da área de interesse e que se adequasse ao problema de estudo.

Em minha atuação na U.T.I, observei que existem vários fatores do meio que colocam em risco a integridade emocional do indivíduo ali internado, fato esse que sempre me preocupou e que é corroborado por autores como Meltzer et al (1984); Gonçalves (1979); Lopes (1972); Koizumi et al (1979); Padilha (1987); Barbato et al (1982) e Ciosak e Sena (1983). Como entendo que a manutenção da integridade emocional do indivíduo infartado é de suma importância para que não se constitua numa ameaça adicional a sua condição física, escolhi a teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King para direcionar minha prática junto a esses pacientes, já que se trata de uma teoria interacionista que permite ao enfermeiro assistir o indivíduo através da interação enfermeiro-paciente e dessa forma levá-lo a preservar sua integridade física, emocional e social. Outros fatores também justificam minha escolha por essa teoria, tais como: a) porque compartilho com alguns dos conceitos do seu marco conceitual principalmente aqueles que compõem o sistema interpessoal ou seja a relação enfermeiro-paciente; b) porque envolve a participação, não somente, do enfermeiro como também do paciente nas decisões sobre o seu tratamento; c) porque permitindo a participação do paciente exige mudança bastante significativa de minha atitude já que estou acostumada a decidir sobre os cuidados, sem dar oportunidade ao paciente de participar das decisões sobre seu tratamento; d) porque permite uma assistência individualizada; e) porque não exige a participação física ativa do paciente nas ações, podendo ser aplicada a qualquer tipo de pa-

ciente dependendo sim da capacidade e habilidade do enfermeiro em observar, perceber e utilizar a comunicação não verbal na sua prática junto ao paciente.

Outro motivo que me levou a fazer esse trabalho foi a necessidade que senti de colaborar no processo de ensino-aprendizagem na utilização de um corpo de conhecimento científico de enfermagem a pacientes com infarto agudo do miocárdio, uma vez que a bibliografia específica, como já referi, está mais voltada para o atendimento dos problemas biológicos.

Considerando o exposto tracei, para este estudo, os seguintes objetivos:

1.2 - Objetivo Geral.

Prestar assistência de enfermagem a indivíduos com Infarto Agudo do Miocárdio, hospitalizados em unidade coronariana e/ou em unidade de terapia intensiva, baseada na teoria de Imogene King.

1.3 - Objetivos Específicos

1 - Elaborar um marco conceitual e processo de enfermagem baseado na teoria de King para assistência de enfermagem a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.

2 - Implementar e avaliar a aplicabilidade do marco elaborado.

2. - REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo serão abordados estudos referentes à epidemiologia do infarto agudo do miocárdio, à assistência de enfermagem ao paciente infartado e à aplicação da Teoria de King na prática de enfermagem.

2.1 - Epidemiologia

Infarto Agudo do Miocárdio (I.A.M)

Alguns autores conceituam o infarto do miocárdio como a destruição da musculatura miocárdica que se segue à interrupção de fluxo coronário, quase sempre secundário à aterosclerose. (Assad e Assad, 1985; Wipple et al 1980; Tranchesi et al 1983; Brunner e Suddarth, 1980). Para Paola (1977), o infarto do miocárdio é a necrose de uma área cardíaca mais ou menos extensa, abrangendo as células miocárdicas e o tecido mesenquimal, conseqüente à insuficiência coronária aguda e duradoura. Segundo Flávio (1980), Guyton (1984), Cecil e Loeb (1989) e Silva (1990), quando ocorre uma isquemia

intensa e contínua numa porção do miocárdio, as células privadas de oxigênio são destruídas, e aparece necrose tissular na área atingida, caracterizando o infarto do miocárdio. No dizer de Nassif (1977), Fonseca (1983) e Coutinho e Santos (1985), o infarto do miocárdio resulta da diminuição da perfusão coronariana, havendo maior ou menor lesão miocárdica, na dependência da intensidade do comprometimento. Para esses a desproporção entre a irrigação sanguínea e a necessidade do músculo cardíaco leva à isquemia, lesão e necrose, tríade característica do infarto do miocárdio.

Com base nos autores citados, conclui-se que o infarto do miocárdio é a morte do tecido que é irrigado pela artéria ocluída, devido à privação de sangue e oxigênio, geralmente secundária à aterosclerose. A expressão infarto agudo do miocárdio (I.A.M) diz respeito ao estágio agudo na evolução e tratamento da condição cardíaca.

O processo aterosclerótico, resumidamente, consiste na deposição paulatina de grandes quantidades de colesterol de baixo da íntima de muitos pontos nas artérias. Posteriormente, essas áreas de deposição são invadidas por tecido fibroso e, quase sempre, sofrem calcificação. O resultado final consiste na formação de placas ateroscleróticas que fazem protusão para dentro do vaso e bloqueiam parcial ou totalmente o fluxo sanguíneo (Guyton, 1984). De acordo com Yamada (1989) mais de 90% dos pacientes com I.A.M tem alterações

ateroscleróticas nas artérias coronárias. Outros mecanismos, além da deposição de placas de ateroma na luz do vaso, que levam à célula cardíaca a sofrer, são citados por Campos (1984) como: vasoespasmo, a adesividade plaquetária e a própria ação direta de substâncias (sobretudo catecolaminas e corticosteróides) sobre essa célula. As catecolaminas e as corticosteróides provocam dentre outros efeitos, continua o autor, hipoxemia por aumento de consumo de oxigênio, alterações da permeabilidade da membrana com entrada de sódio e saída de potássio e magnésio, injúria endotelial com vasoespasmo e aumento da agregação plaquetária. A agregação plaquetária, por sua vez, libera substâncias que são potentes vasoconstrictores, gerando vasoespasmo. A oclusão coronariana devido ao vasoespasmo e ao trombo plaquetário ocasiona isquemia e esta, lesão celular. A lesão celular traduz-se por arritmias e necrose. Todo esse processo independeria de placas de ateroma ao mesmo tempo que é o favorecedor delas.

Segundo Meltzer et al (1984), estudos de autópsias têm demonstrado a ocorrência de infartos miocárdios, mesmo quando a luz arterial não se encontra completamente obstruída. Nesse caso, presume-se que, em dado momento, o miocárdio passou a ter uma enorme necessidade de oxigênio (por ex. durante um extenuante exercício físico), a qual não pode ser suprida pelo fluxo sanguíneo disponível. Situação semelhante, pode acontecer quando há anemia profunda e súbita. Outras causas que produzem diminuição de oferta de oxigênio citados por

Netto (1986) são: dissecação coronária, embolia coronária, trombose coronária. No entanto, Azevedo (1984) refere que até hoje se discute se a trombose coronária é causa ou consequência da obstrução do infarto, lembrando, que trombose e oclusão coronária podem ser encontradas sem haver infarto do miocárdio, basta que a oclusão se processe lentamente, dando tempo para a formação de circulação colateral de suplência. Com relação a circulação colateral Guyton (1984) menciona que o grau de dano do coração causado por constricção das artérias coronárias é determinado em grande parte pelo grau de circulação colateral já presente ou que possa se desenvolver dentro de um curto período de tempo após a oclusão. São esses canais colaterais, responsáveis pela recuperação do paciente, entretanto, refere o autor, eventualmente o processo esclerótico desenvolve-se até além do limite em que a circulação colateral é capaz de fornecer o sangue necessário e até mesmo os colaterais desenvolvem aterosclerose.

Quanto a localização, o infarto do miocárdio ocorre quase sempre no ventrículo esquerdo ou no septo interventricular (Paola, 1977, Azevedo 1984 e Cecil e Loeb, 1989). Os infartos de parede anterior são considerados os mais graves e envolvem taxa de mortalidade mais elevada (Yamada, 1989).

Uma vez tenha sido interrompida a circulação coronariana e ocorra o infarto, uma série de alterações estruturais bioquímicas, hemodinâmicas e clínicas começa a ocorrer colocando

a vida e a morte numa espécie de balança. Com relação a isso alguns estudiosos no assunto, entre eles Fonseca (1983) e Meltzer et al (1984) colocam como alterações teciduais nos estágios iniciais do infarto, a ocorrência de três zonas distintas: a zona de necrose, ao redor a zona de injúria onde as células miocárdicas embora lesadas podem sobreviver caso seja restabelecida uma circulação adequada e uma terceira, é a zona de isquemia que pode ser recuperada com facilidade se o processo isquêmico não piorar.

Para Coutinho e Santos (1985) e Netto (1986), a necrose inicia-se já nos primeiros 20 - 40 minutos de oclusão de uma artéria coronária e este fato é de extrema importância para as abordagens ou técnicas de reperfusão. Segundo Yamada (1989) a área necrótica começa a se definir dentro de dois a quatro dias e é em torno do quarto a décimo dia que torna-se nítida e em torno do décimo dia, o tecido de granulação começa a se formar, e o tecido cicatricial começa a substituir o tecido necrótico. As autoras acrescentam que o tecido cicatricial não é capaz de se contrair eficazmente, mas o músculo cardíaco adjacente compensa o defeito, a não ser que o tamanho do infarto seja grande.

Silva e Silva (1980) descrevem como alterações bioquímicas a passagem do sistema aeróbico do músculo cardíaco para o anaeróbico devido ao comprometimento de oxigênio celular e, como consequência, queda na produção de energia e produção de

ácido láctico, que no sistema aeróbico era consumido. A acidose, por sua vez, modifica a permeabilidade celular liberando enzimas que irão caracterizar a fase aguda do infarto e alterar o potencial de ação com transtornos de ritmo e condução elétrica. Como alterações hemodinâmicas Silva e Silva (1980) e Azevedo (1984) reportam-se à diminuição de contratilidade do coração, à distensão em vez da contração na sístole e a não contração, comprometendo o coração como bomba. Como consequência ocorre a diminuição do débito cardíaco que por sua vez eleva o resíduo sistólico e a pressão capilar pulmonar. Como mecanismo de compensação miocárdica, ocorre a estimulação do sistema nervoso simpático que na periferia garante a redistribuição do sangue para áreas nobres através de vasoconstricção que aumenta a resistência periférica e a contratilidade cardíaca, aumentando o consumo de oxigênio e consequentemente como refere Guyton (1984,p.261) "outras porções do músculo cardíaco passam a desenvolver uma relação inadequada entre o fornecimento de oxigênio e a carga de trabalho, de forma que o processo continua até que grande parte do músculo deixa de se contrair (necrose)".

As alterações estruturais, bioquímicas e hemodinâmicas que ocorrem no infarto, são acompanhadas quase sempre de sinais físicos que, segundo Eisenberg e Copas (1984), variam na dependência da extensão do infarto, do limiar para dor do indivíduo, além do que, pode haver uma atitude de negação por parte do paciente, minimizando queixas e sintomas que vão de

desconforto leve até o choque cardiogênico. De acordo com Marcondes et al (1983), Azevedo (1984), Eisenberg e Copas (1984), Assad e Assad (1985), Cecil e Loeb (1989), Yamada (1989) e Silva (1990) os sinais e sintomas encontrados são: dor precordial ou retroesternal, ou seja, no meio do peito, com duração geralmente superior a 20 minutos, constrictiva que pode ou não irradiar-se para várias partes do corpo, como a mandíbula, costas, pescoço, membros superiores (especialmente a face interna do membro superior esquerdo) e região epigástrica. Em alguns casos, pode haver dor somente na mandíbula, ou somente nos braços ou no ombro. Em suma, a variação possível é ampla, podendo resumir-se a simples "mal-estar" no peito. Acredita-se que a dor seja devido ao acúmulo de metabólitos resultantes da oxigenação diminuída no músculo cardíaco ou do vasoespasmos. Na maioria das vezes, além da dor, há palidez, sudorese fria e náuseas, com ou sem vômitos, inquietude e apreensão num alto grau, por causa da dor intensa e da sensação de morte iminente. Os sinais vitais demonstram hipotensão com taquicardia, que pode mudar para bradicardia num estágio posterior. O paciente pode ter sensação de perda dos sentidos e fraqueza.

Os pacientes, segundo Yamada (1989) e Silva (1990), podem sofrer um infarto sem apresentar esses sintomas agudos. Essa situação se dá quando uma circulação colateral altamente desenvolvida compensa a oclusão do vaso. Com relação a isso Azevedo (1988) cita um estudo realizado por Grimm et al com

12.866 homens entre 35 e 57 anos, todos com alto risco de doença arteriosclerótica, avaliando se o controle de fatores de risco (hipertensão arterial, hipercolesterolemia e fumo) poderia influir na evolução, embora ao exame inicial não houvesse sinais clínicos de doença aterosclerótica. Durante o período de acompanhamento ocorreram 617 casos de infarto do miocárdio não fatal e destes, 157 (25,4%) só foram diagnosticados a partir de alteração característica do E.C.G, não tendo apresentado previamente nenhuma evidência clínica da doença. Concluíram que, $1/4$ dos episódios de infarto do miocárdio foi silencioso e admitiram que, tais pacientes poderiam ter apresentado anteriormente episódios de isquemia miocárdica silenciosa.

Além das manifestações de ordem fisiológicas reações emocionais profundas são frequentemente observadas entre pacientes infartados. Com relação a isso Meltzer et al (1984,p.88) mencionam como fatores responsáveis pelas reações emocionais: "sensação de morte iminente, a dependência de ajuda dos outros, a interrupção súbita do ritmo normal de vida, a possibilidade de invalidez permanente, a corrida para o hospital (geralmente de ambulância), os olhares de angústia nas faces dos parentes e amigos".

A sobrecarga emocional pode afetar desfavoravelmente o curso clínico da doença, e sobre isso Braceland citado por Whipple et al (1980) ressalta que a falha em detectar e tra-

tar componentes psicológicos da enfermidade coronariana como ansiedade, pode não apenas conduzir a uma perturbação emocional, como também trazer uma ameaça adicional à condição física do paciente.

Segundo Silva (1990), a pessoa com perfil psicológico predisponente à doença coronariana traz a ansiedade como traço de sua personalidade, mas não sabe e não aceita, lidar com ela, tendendo a negá-la e até mesmo fugir da condição de doente coronariano. A ansiedade é como a "sensação de apreensão, insegurança e medo por algo real ou imaginário que possa vir ou esteja para acontecer" e se manifesta através de batimentos fortes no coração, as mãos ficam frias e úmidas, e pode surgir mal-estar indefinido no peito e no abdômen. Para Gonçalves (1979), a resposta à ansiedade se dá através de: mudança frequente de posição no leito, insônia, movimentos constantes das mãos, desconfiança, risos aparentemente imotivados, diarreia, constipação intestinal, eliminação vesical constante, elevação da pressão arterial e elevação da temperatura corporal.

A ansiedade, estando presente nos coronariopatas, Lamosa et al (1983) informam ser importante que se identifique tal situação para que se permita uma atuação psicoterápica mais eficiente e melhor dirigida.

Como medidas para minimizar a ansiedade, Block e Bersier (1981) sugerem conversas assíduas com o paciente, contendo informações precisas sobre a doença coronariana, sossegá-lo quanto ao futuro e explicar-lhe as rotinas do hospital. Para os autores a ansiedade manifesta-se através da angústia e depressão, sendo que a primeira ocorre sobretudo durante os dois primeiros dias, enquanto que as reações depressivas predominam em geral nos dias seguintes e tanto uma quanto a outra estão ligadas a todos aqueles fatores já mencionados.

Frequentemente ocorrem complicações associadas ao infarto do miocárdio que, segundo Nassif (1977), chega a 83% dos casos. Como complicações mais frequentes Simão (1976) e Yamada (1989) registram as arritmias, insuficiência cardíaca congestiva, choque cardiogênico, ruptura ventricular, ruptura do músculo papilar, aneurisma de ventrículo, fenômenos tromboembólicos e pericardite.

Tanto Nassif (1977) como Assad e Assad (1985) e Yamada (1989) afirmam que as arritmias, a insuficiência cardíaca congestiva e o choque cardiogênico são as complicações mais comuns do infarto na fase aguda, responsáveis pela grande maioria das mortes. Cecil e Loeb (1989) acrescentam a essas complicações a morte súbita que atinge mais ou menos 50% dos pacientes com infarto, alegando como responsáveis por essa frequência três fatores: a) a elevada incidência de arritmia grave nos primeiros minutos ou horas após o acidente

agudo; b) a espera do paciente para ser avaliado após sua chegada ao hospital e c) o problema da interpretação errônea ou da negação dos sintomas.

A história do paciente, as manifestações clínicas, o eletrocardiograma e as determinações enzimáticas constituem a base para o diagnóstico do infarto agudo do miocárdio, de acordo com Whipple et al (1980), Meltzer et al (1984), Eisenberg e Copas (1984) e Yamada (1989). Com relação ao eletrocardiograma tanto Meltzer et al (1984) quanto Eisenberg e Copas, (1984) e Francisco (1989) afirmam ser este o método imprescindível no diagnóstico e na localização do I.A.M. As alterações eletrocardiográficas geralmente aparecem dentro de 24 horas após o início dos sintomas, mas segundo Yamada (1989) podem demorar até cinco ou seis dias. O eletrocardiograma, para Coutinho e Santos (1985), deve ser realizado diariamente durante os primeiros cinco dias, para observação de novas alterações. Um I.A.M recente, segundo todos os autores citados acima, caracteriza-se por supradesnivelamento do seguimento ST. A inversão da onda T indica isquemia e pode variar de uma onda ligeiramente achatada ou deprimida a uma inversão marcante. A elevação do segmento ST traduz a formação de uma área de lesão no miocárdio. Alterações nas ondas Q anunciam a formação de necrose e podem persistir definitivamente.

Com relação às enzimas liberadas do músculo cardíaco, os mesmos autores dizem que devem ser realizadas determinações seriadas dos níveis das enzimas e que o grau de elevação da atividade da enzima está diretamente relacionado com a extensão do infarto. A creatinino fosfoquinase (C.P.K) e a desidrogenase láctica (D.H.L) são atualmente consideradas, segundo vários autores, entre eles Simão (1976) e Yamada (1989), os dados enzimáticos mais importantes para o diagnóstico do I.A.M. O estudo enzimático mais sensível é a determinação do C.P.K, sendo a fração MB a mais específica para a necrose do miocárdio. Essa enzima, segundo os autores, é determinada à internação e a cada oito a doze horas, até que se tenham determinado quatro amostras. A D.H.L eleva-se dentro de quatro horas após o IAM, e ocorre um pico em 24 a 48 horas. A transaminase glutâmica oxalo-acética (TGO), no dizer de Yamada (1989), mostrou-se pouco precisa e inespecífica para a lesão cardíaca e atualmente não é considerada um exame de diagnóstico apropriado para o IAM.

No que diz respeito ao tratamento do infarto, este tem quatro objetivos, de acordo com Brunner e Suddarth (1980) e Cecil e Loeb (1989): a) prevenir a morte por arritmia, assístolia e choque cardiogênico; b) limitar o tamanho do infarto; c) favorecer a cicatrização do miocárdio e d) facilitar a reabilitação. O enfoque terapêutico, segundo Assad e Assad (1985), envolve fases distintas, desde os cuidados pré-hospitalares até o período pós alta. Quanto aos cuidados pré-hos-

pitalares, para o autor, envolve a participação da sociedade em cursos de treinamento sobre a doença; a fase hospitalar inclui a internação do paciente em uma unidade coronariana ou unidade de terapia intensiva. Essa idéia é também referida por Simão (1976), Coutinho e Santos (1985), Assad e Assad (1985), Francisco (1989) e Yamada (1989). Dada a importância da Unidade Coronariana e da Unidade de Tratamento Intensivo no cuidado ao paciente na fase aguda do infarto, o assunto será detalhado mais adiante.

Para Cecil e Loeb (1989) os princípios de tratamento são o diagnóstico rápido, o alívio da dor e da apreensão, além da estabilidade, do ritmo cardíaco e da pressão arterial. Silva e Silva (1980) fazem uma descrição evolutiva do tratamento do infarto em três etapas: a) antes da década de 60; b) durante essa década e c) na década de 70.

Dizem os autores que antes da década de 60 o tratamento era baseado no repouso e no uso de medicamento como sedativos, anticoagulantes, oxigênio, digital, corticosteróides e vasodilatadores coronarianos.

Na década de 60, uma série de descobertas revolucionaram os conceitos clássicos do tratamento do infarto como: massagem cardíaca externa, respiração boca a boca, a desfibrilação com o tórax fechado, a construção de aparelhos para monitorização do E.C.G, a criação de unidade coronariana. A in-

corporação terapêutica mais importante desta fase, dizem os autores, foi a xilocaina, droga capaz de prevenir ou reverter arritmias ventriculares frequentes na fase inicial do infarto, elevar o limiar fibrilatório sem deprimir a contratilidade ventricular ou a condução átrio ventricular. Nessa década também foi valorizado o conceito de cuidados pré e pós coronarianos, preocupou-se no controle de pacientes com riscos coronarianos em qualquer situação suspeita, através de centros de atendimento de bairro, equiparam-se ambulâncias onde qualquer arritmia podia ser detectada e revertida por choque elétrico. A fase de recuperação do paciente passou a merecer atenção através de medicação preventiva, cuidados profiláticos para eliminação dos fatores de risco; exercícios programados de acordo com a capacidade física até o retorno às atividades normais. Surgiram novas propostas terapêuticas como a solução polarizante (glicose, insulina e potássio). Os beta bloqueadores surgiram como possibilidades no tratamento das cardiopatias isquêmicas por seu efeito antiarrítmico e antianginoso.

Na década de 70 teve início a monitorização hemodinâmica através do catéter de Swan Ganz que fornece o débito cardíaco. A droga mais importante desta década foi o nitroprussiato de sódio, vasodilatador periférico, introduzido em 1971 que caracterizou a monitorização hemodinâmica com repercussões também positivas no choque cardiogênico.

Coutinho e Santos (1985) acrescentam ao tratamento descrito, a dieta zero, durante as 4 a 6 primeiras horas e a seguir e durante as primeiras 24 horas, dieta líquida e após, dieta branda com 1000 a 1200 cal, evitando-se sal adicional; a indicação de emolientes fecais e o uso do marcapasso artificial são também citados pelo autor. Além da restrição de sódio, Yamada (1989) recomenda a restrição de colesterol, líquidos quentes e gelados e bebidas estimulantes.

A American Heart Association (1988) recomenda como terapia medicamentosa específica de pacientes com infarto agudo do miocárdio: oxigênio apenas se houver evidências de hipoxemia, isto é, edema pulmonar, cianose, etc; analgesia (morfinas); beta bloqueadores, porém não devem ser usadas se houver contra-indicações como broncoespasmo, bradicardia significativa ou hipotensão; nitratos; nitroprussiato; antagonistas do cálcio, anticoagulantes (heparina) nas fases iniciais do infarto agudo para diminuir a incidência de embolia cerebral, sistêmica e pulmonar; terapia antiplaquetária (aspirina), terapia antiarrítmica (lidocaína); diuréticos; agentes inotrópicos (digoxina), atropina. Orienta ainda essa associação, que obviamente todas essas drogas não serão necessárias em um paciente, especialmente se ele tiver um infarto do miocárdio não complicado, exceção feita aos nitratos a menos que o paciente esteja hipovolêmico.

Além das medidas já citadas no tratamento do I.A.M, todos os autores são unânimes em afirmar que o repouso no leito é indispensável para reduzir as demandas metabólicas por oxigênio e, assim, o trabalho do coração. A maioria, entre eles, Rippe (1986), Yamada (1989) e Francisco (1989), recomenda o repouso absoluto por 48 horas e a seguir, em pacientes com I.A.M sem complicação, deve-se permitir a mobilização para melhora da função pulmonar, evitar obstipação intestinal e prevenir trombozes venosas.

Nos últimos anos, modernas técnicas e medicamentos que desobstruem as coronárias, surgiram na terapêutica cardiovascular. Estas tem como finalidade restabelecer o fluxo sanguíneo e assim evitar a necrose das células ou, pelo menos, reduzir a extensão do infarto, pela diminuição do número de fibras necrosadas. Segundo vários autores, entre eles Yamada (1989) e Silva (1990), duas são as alternativas hoje disponíveis: a desobstrução mecânica, através de um catéter (angioplastia), e a dissolução do trombo, por meio da injeção de substâncias denominadas trombolíticas ou fibrinolíticas. Enquanto estas últimas, referem os autores, somente tem eficácia nas fases precoces do infarto - até no máximo seis horas após o início da dor, a angioplastia é utilizada mesmo antes da crise. Como informam Mesquita et al (1990), infelizmente, nem todas as vítimas de infarto são candidatos ao tratamento trombolítico, além do início da dor précordeial inferior a 6h, o E.C.G deverá sugerir fortemente I.A.M com onda Q e o in-

dividuo deverá ter idade inferior a 75 anos.

Os trombolíticos disponíveis no Brasil, segundo os autores anteriormente citados e Topol (1988) são: estreptoquinase (EQ ou SQ) e o ativador tecidual do plasminogênio (nTfA ou t-PA). Ambas são substâncias originárias de organismos vivos. Informa mesquita et al (1990) que a estreptoquinase, nome comercial kabikinase ou streptose, por seu menor custo unitário, tem sido a opção mais frequente nos hospitais.

Experiências clínicas com a estreptoquinase no tratamento do infarto agudo do miocárdio tem sido realizadas no exterior e no nosso meio e entre elas cito dois trabalhos: a) o realizado por Bellotti et al (1988) com infusão intracoronária da droga em 117 pacientes no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. A recanalização ou aumento da permeabilidade da artéria infartada foi observada em 87% dos pacientes, desses em 32 ocorreu a mais ou menos 22 minutos após o início da infusão. Dois óbitos ocorreram por acidente vascular cerebral hemorrágico e por choque septicêmico, b) o outro trabalho foi realizado, com infusão intravenosa de estreptoquinase, por Heinisch et al (1989) com 40 pacientes nas seis horas iniciais do infarto agudo do miocárdio, na Unidade Coronariana do Instituto de Cardiologia da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. A idade dos pacientes foi de 36 a 74 anos. Três pacientes foram a óbito (7,5%) e houve reperfusão com 66,6%. Os autores con-

cluem que a estreptoquinase foi considerada eficaz, porém é pouco segura quando não são observados os critérios de exclusão do fibrinolítico. Os critérios em que o fibrinolítico não pode ser utilizado, ou se o for exigirá cuidados especiais em face dos riscos, são referidos por Silva (1990): nas pessoas com mais de 70 anos, naqueles com pressão arterial muito alta e nos portadores de alguma doença hemorrágica. Também em gestantes ou mulheres que tenham dado à luz recentemente, a droga é contra-indicada. Ainda com relação ao uso das drogas trombolíticas, todos os autores citados, lembram que o emprego dessas drogas não resolve a questão por si só, visto que, na quase totalidade dos casos é necessária a realização da angioplastia ou da operação de revascularização.

Quanto a angioplastia, Yamada (1989) e Silva (1990) informam que é uma reperfusão coronária por dilatação com catéter de duplo lúmen que é introduzido por intermédio de radioscopia, através da artéria femural ou braquial até a aorta. Quando alcança o local da obstrução, o catéter é insuflado, de modo a comprimir a placa de ateroma contra a parede das artérias, por ação mecânica, desobstruindo-a. Acrescentam os autores que a possibilidade de reoclusão do vaso, existe, principalmente dentro dos primeiros seis meses após sua realização, sendo frequentes os casos em que há necessidade de repetir-se o procedimento ou de operação de revascularização.

Sobre a revascularização das artérias coronárias através de implante de enxertos da veia safena e a anastomose com a artéria mamária, segundo Azevedo (1984) esta pode ser a única maneira de salvar a vida do paciente. Oliveira e Zerbini (1977) ao se referirem sobre a terapêutica cirúrgica informam representar uma valiosa arma para o combate ao infarto. Segundo Silva (1990) muitos advogam a idéia de que o tratamento clínico, isto é, com remédios e modificações nos fatores de risco, conseguiria os mesmos ou melhores resultados, sem os riscos, o trauma e os custos do tratamento cirúrgico. Informa o autor que bons resultados são obtidos, hoje em cerca de 80 a 90% das pessoas que se submeteram a um implante de "pontes", o que, sem dúvida, é uma boa marca; porém aquele que permanece obeso, sedentário, fumando, com níveis elevados de colesterol, etc é candidato quase certo a um mau resultado. Acrescenta o autor que é pouco frequente que um "safenado", mesmo cuidadoso, ultrapasse o décimo ano de pós-operatório sem algum tipo de problema.

Quanto ao tempo de hospitalização, na ausência de complicações, segundo Meltzer et al (1984), Assad e Assad (1985), Rippe (1986) e Yamada (1989), não deve ultrapassar a duas semanas, embora estudos recentes, como refere Silva (1990), tenham demonstrado que a alta após I.A.M não complicado possa ser realizada com segurança após sete a dez dias.

No que se refere a reabilitação do paciente com infarto agudo do miocárdio, Ribeiro et al (1984) acreditam que esta deve ser iniciada na própria unidade coronariana, durante a internação e que o paciente com infarto não complicado pode e deve ser mobilizado mais precocemente possível. Apresentam o programa de atividades para pacientes com infarto agudo do miocárdio, durante sua permanência na unidade coronariana, do Hospital Cardoso Fontes em Jacarepaguá no Rio de Janeiro. Dizem os autores que esse programa favorece o retorno mais precoce, dos pacientes de baixo risco, ao trabalho com dois meses ao invés de seis, beneficiando tanto os pacientes quanto os empregadores e a Previdência Social.

Em 1968 a Organização Mundial da Saúde do setor Europeu, padronizou os procedimentos de reabilitação cardíaca na fase aguda, encontrados no trabalho de Magalhães e Fher (1978) que tem como objetivo prevenir trombose venosa e atelectasia pulmonar, minimizar a tensão emocional e o medo, diminuir o efeito do repouso sobre o sistema cardiovascular. Os autores citam como contra indicações dessa reabilitação na fase aguda, sinais e sintomas de choque e de insuficiência cardíaca, algumas arritmias, severa e prolongada angina do peito e temperatura acima de 38° C.

Para Yamada (1984) a reabilitação cardíaca é o processo de alcançar uma adaptação fisiológica, psicológica, vocacional e social ótima após um infarto ou cirurgia de ponte de

safena. Informa a autora que a maioria dos programas apresenta três e quatro fases: fase I, que se passa no hospital durante a assistência intensiva; fase II, que ocorre durante a convalescença do paciente em sua residência; fase III, que consiste no condicionamento físico e manutenção supervisionados e a fase IV, é um programa por toda a vida a ser desempenhado pelo paciente de maneira independente. A autora descreve detalhadamente cada uma dessas fases.

De acordo com Meltzer et al (1984) é recomendável que os pacientes permaneçam em casa com atividades limitadas até a cicatrização do músculo que, como regra geral, ocorre entre seis a oito semanas pós infarto. Segundo os autores o período de convalescença depende de vários fatores sendo os mais importantes a idade do paciente e a capacidade funcional do coração após o infarto. Com relação ao retorno ao trabalho e reassumir os hábitos normais de vida, recomendam, para aqueles que não apresentam complicações sérias, cerca de três meses após o infarto. Já Silva (1990) indica, no mínimo, trinta dias de absoluta inatividade profissional e o máximo possível de tranquilidade emocional. Após esse período, estando a situação clínica equilibrada, o indivíduo é habitualmente liberado para o retorno às atividades normais, com a recomendação de diminuir o ritmo de trabalho, se excessivo e, principalmente, de evitar deixar envolver-se, como por certo ocorreria, com as tensões e os conflitos da área profissional. O autor recomenda ainda a mudança de profissão quando esta im-

plica em trabalho braçal, com grande esforço físico. Tanto Meltzer et al (1984) quanto Silva (1989) são de opinião de que a inatividade permanente e absoluta deve, a todo custo, ser evitada, somente cabendo em situações de grave falência do miocárdio, quando o repouso absoluto é um dos últimos, ou o último dos recursos disponíveis para prolongar a vida.

A atividade física regular, para Pozzan et al (1988), é o princípio básico de um programa de reabilitação cardíaca. Os autores sugerem 6 meses como tempo provável para a duração da fase de reabilitação cardíaca e dizem que apesar dos benefícios sobre a mortalidade e morbidade não estarem comprovados, os efeitos da reabilitação cardíaca sobre a qualidade de vida são indiscutíveis sendo esta traduzida pela diminuição da sensação de invalidez, pelo aumento da autoconfiança e por um retorno mais precoce as atividades laborativas. Outras vantagens da reabilitação, segundo Lassem et al e Morgam et al citados pelo autor acima referido, são a diminuição da depressão e da ansiedade.

No que se refere as informações sobre a atividade sexual após o infarto, poucos trabalhos nacionais foram encontrados e nenhum deles abordou com profundidade o assunto. Junior (1986) confirma isso quando diz que revendo a programação dos dez últimos congressos brasileiros de cardiologia, não encontrou, em qualquer deles, uma abordagem profunda sobre o tema. Associa a essa escassez de informações científicas, a inabi-

lidade de grande parte dos médicos na abordagem da sexualidade, na maioria das vezes decorrentes do preconceito que ainda envolve o tema, associado à falta de conhecimento específico nesta área. Para esse autor, o reinício de um relacionamento sexual pode contribuir em muito para o paciente readquirir autoconfiança e a sensação de retorno à saúde. O autor fez um trabalho de revisão de literatura sobre o assunto, praticamente de publicações internacionais e encontrou que ocorre, além da diminuição na frequência, o declínio na qualidade da atividade sexual nos indivíduos que tiveram o infarto mesmo após 9 anos. Entre os fatores relacionados à diminuição da atividade sexual após o infarto, cita, o risco de morte e de um reinfarto durante o ato sexual. Nessa revisão ele encontrou poucos dados sobre a atividade sexual das mulheres após o IAM, mas pode verificar que o infarto parece exercer tanto nos homens quanto nas mulheres, um efeito negativo sobre sua sexualidade. Diz, ser necessário que os médicos encarem a sexualidade com a devida importância, como parte do conjunto das sensações humanas, a nível físico e ou emocional e que só assim é possível alcançar uma completa reabilitação desses pacientes.

Para Silva (1990), o problema sexual no coronariano se reverte, como regra, de maior importância, por se tratar de indivíduos que, como já salientado nessa revisão, vinham levando vida normal e, de repente, se vêem portadores de doença

grave, com limitações de toda ordem. Esse autor cita três componentes a revestirem de complexidade essa questão sexual no infartado: o temor da morte, por parte do próprio paciente, os receios da parceira e a falta de segurança e informações do próprio médico ao abordar o tema, como salientou o autor anteriormente citado, além do que, o tema sexo é tabú e as pessoas, em geral, não se sentem à vontade para abordá-lo.

Uma das poucas pesquisas disponíveis, no nosso meio, foi efetuada por Guedes e Feher (1981), no Instituto Dante Pazzanese, em São Paulo. Os autores propuseram a participação voluntária no estudo a 414 pacientes. Monitorizaram, por meio de gravadores, o eletrocardiograma durante a relação sexual de nove homens, que aceitaram participar do estudo, que haviam sofrido infarto e encontravam-se em programa de reabilitação física. Não constataram a ocorrência de anormalidades no traçado eletrocardiográfico ou de sintomas de qualquer natureza. Nota-se pela pequena amostra, aquilo que disseram os autores já citados, como a questão do tabú e o desconforto que a abordagem dos aspectos relacionados à sexualidade ainda é suscita.

Tanto Guedes e Feher (1981) quanto Larson et al citados por Yamada (1989) afirmam que o indivíduo capaz de realizar tarefas diárias como: a subida de dois lances de escada, caminhar 3 a 4 Km ou realizar um esforço de 75 a 100 Watt na bicicleta ergométrica, pode retomar a atividade sexual sem

maiores restrições. Os primeiros autores, não encontram justificativa para privar o paciente de uma vida sexual ativa, após a 4ª ou 5ª semana de convalescença de infarto do miocárdio não complicado e dizem ser meramente casual a morte do paciente durante o coito.

Com relação a um programa de aconselhamento sexual, Fardy et al e Papadopoulous et al citados por Yamada (1989) como Guedes e Feher (1981) consideram ser necessário e recomendam a inclusão de ambos os cônjuges nos programas. Recomendações vagas e imprecisas do tipo "faça mais devagar", "diminua o ritmo", "seja mais passivo", "não se apresse"; em nada ajudam, ao contrário, geram desnecessário acréscimo na ansiedade e angústia do paciente, como destacam Guedes e Feher (1981) e Júnior (1986).

O único trabalho encontrado no nosso meio, que aborda sobre um programa de orientação sexual ao paciente pós-infarto, foi efetuado por Maria e Modena (1984). As autoras emitem algumas sugestões ao enfermeiro ou qualquer outro profissional, baseadas em trabalhos na sua maioria norte-americanos. Entre as sugestões, apontam que o enfermeiro não deve tentar colocar seus padrões morais no paciente pois a meta da orientação é apenas ajudar o casal a retomar um relacionamento sexual satisfatório e não alterar a base de sua moral filosófica. Entre as orientações específicas ao paciente pós-infartado abordam questões como: tensão e "estresse" emocio-

nal, o álcool, o ambiente, medicações que podem causar períodos de impotência, queda da libido e ejaculação precoce ou diminuída.

Aspectos Epidemiológicos

Para caracterizar a importância das doenças cardiovasculares na população, segundo sua evolução no tempo, distribuição geográfica, idade, sexo e outras variáveis, são utilizados dados estatísticos de mortalidade. Esses dados, segundo Laurenti (1982), permitiram caracterizar a doença isquêmica do coração como a " epidemia do século ".

Os coeficientes reais de mortalidade por doenças cardiovasculares tem entre outras variáveis intervenientes o desenvolvimento econômico. Com relação a isso Rouquayrol et al (1987) colocam que pesquisas diversas realizadas tanto a nível nacional como internacional informam que em regiões mais desenvolvidas, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares são mais elevadas do que aquelas encontradas em regiões economicamente subdesenvolvidas. Esses achados, dizem os autores, são corroborados por dados oficiais sobre taxas de mortalidade por doença isquêmica do coração com coeficientes mais altos na Irlanda, Finlândia, Suécia, Inglaterra, Dinamarca, Canadá e E.U.A e mais baixos, na Venezuela, Porto Rico e República Dominicana entre outros. Dizem os autores que isso também se verifica no Brasil, ao se comparar, por

exemplo, os dados dos municípios de São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, com os de Fortaleza, Goiânia e Porto Velho, a mortalidade por doença isquêmica do coração apresenta-se mais elevada nos três primeiros do que nos três últimos municípios. Já Laurenti (1982) afirma que há uma falsa idéia de que as doenças cardiovasculares seriam mais frequentes nos países desenvolvidos do que nos subdesenvolvidos. Segundo Gotlieb (1981), em sociedades de maior poder aquisitivo a doença isquêmica do coração é a causa maior não só de morte como de incapacidade física prematura entre os homens. Esse fato, " é confirmado pelas estatísticas dos países tecnologicamente mais avançados que, em 1979, tiveram 39% dos óbitos masculinos entre 25 e 64 anos causados por doenças cardiovasculares " (Gotlieb, 1981 p409). Stamler citado por Rouquayrol et al (1987) e Laurenti e Fonseca (1976) informam que em 1960, os EUA detinham dentre 27 países desenvolvidos, a segunda maior taxa de mortalidade por doença coronária, em 1962 foram registrados 1.757.000 mortes das quais 957.000 ou seja 54,5% causadas por doença cardiovascular. No final de 1980, diz ainda, conseguiu descer do 2º para o 8º lugar. Crê também, que os amplos programas educativos, o fácil acesso a nova tecnologia diagnóstica, o tratamento efetivo da hipertensão arterial, a diminuição ou abandono do cigarro e os exercícios físicos rotineiros, foram algumas das medidas adotadas que surtiram resultados positivos, além de mudanças dos hábitos alimentares. Diz ainda que a prevenção dessa enfermidade depende, além do controle efetivo dos fatores de risco (hiper-

tensão, colesterol e fumo), do esforço consciente da população. Ainda com relação a diminuição do índice de mortalidade nos EUA, Corday citado por Magalhães (1983) acredita que o desenvolvimento de 6000 novas unidades coronarianas, de 1962 a 1968, naquele país, seja pelo menos em parte, responsável pelo fenômeno. Esse achado é corroborado por Berg et al (1984). Apesar do declínio ocorrido, refere Feinleib (1984) que as doenças cardíacas ainda são as principais causas de mortalidade nos EUA, pois responderam por 38% de todas as mortes em 1981; isso se deve, segundo Magalhães (1983), ao grave problema de morte súbita cardíaca, pois essa causa incide em 450.000 indivíduos por ano.

Estudo realizado por Laurenti e Fonseca (1976), sobre a mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo no período de 1940-1969, revela que a partir de 1940, vem aumentando progressivamente. Em 1940 o total de óbitos foi de 17.116 sendo 2.758 (16,1%) por doença cardiovascular e destas 469 (2,7%) por doença isquêmica e em 1969 o total de óbitos foi de 48.616 sendo 14.691 (30,2%) por doença cardiovascular das quais 5.599 (11,5%) por doença isquêmica, representando no final do período, a principal causa da morte entre as doenças cardiovasculares. O estudo revela ainda que a mortalidade por doença cardiovascular é maior no sexo masculino e em ambos os sexos aumenta com a idade. A mortalidade no sexo masculino em relação ao feminino aumentou de 8,7% (1940/2) para 22,8% (1967/69). Outro estudo realizado por Lau-

renti et al (1980) sobre a morte súbita em adultos de 15 a 74 anos na cidade de São Paulo no período de 10/74 a 9/75, revela que dos 138 casos de mortes súbitas 99 (71,74%) foram por doença cardiovascular e desta a mais importante, 55 casos (39,86%), foi por doença aterosclerótica do coração. Desses 138 casos, 95 (68,84%) eram masculinos e 43 (31,16%) femininos. Quanto a faixa etária, o estudo mostrou que o risco de morrer por morte súbita aumenta progressivamente com a idade. Dos 138 casos 7 (menor número) pertenciam ao grupo etário de 15 a 24 anos e 41 (maior número) ao grupo de 65 a 74 anos. O estudo acentua ainda que os casos de morte por doença aterosclerótica do coração (súbitos ou não) apresentam uma maior frequência nos indivíduos fumantes, com diabetes mellitus e com hipertensão arterial.

O Ministério da Saúde (1989) informa que em 1984 as doenças cardiovasculares (D.C.V) foram responsáveis por 54,5% dos óbitos ocorridos acima dos 50 anos e por 24,3% por indivíduos entre 20 a 49 anos. Informa ainda que dentre as doenças cardiovasculares as coronariopatias são responsáveis por 113 dos óbitos, ficando outro terço para os acidentes vasculares cerebrais e o terço restante para a síndrome da insuficiência cardíaca, febre reumática e outras doenças circulatórias.

Num estudo prospectivo realizado por Pereira et al (1986) em 45 pacientes com infarto agudo do miocárdio internados na unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de

Santa Maria no Rio Grande do Sul, no período de 1981 a 1984 demonstrou que houve predomínio de sexo masculino (73,3% dos casos); a idade média foi de 58 anos e o fator de risco mais importante foi o tabagismo (71,1% dos casos). A mortalidade foi de 13,3%. Trabalho sobre a mortalidade por doenças do aparelho circulatório em adultos na região sul em 1980 realizado por Prado et al (1988) demonstra que as doenças cardiovasculares atingiram 35,7% do total de óbitos. Para os estados que compõem a região sul, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, os percentuais de mortalidade foram 38,5%; 34,6% e 32,7% respectivamente. A contribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório na mortalidade e adultos residentes nos três estados da região sul (40,0%) é semelhante a contribuição para o Brasil (37,0%), tendo a incidência maior no sexo masculino, tanto na região sul como no Brasil. Na mortalidade, por doença isquêmica, foi encontrado também coeficiente mais elevado no sexo masculino, acentuando-se a partir dos 30 anos.

Segundo o Ministério da Saúde (1989), Porto Alegre e São Paulo são os municípios, onde o nível de prevenção e assistência cardiovascular é dos mais qualificados no país. Com relação a profilaxia da doença cardíaca, Gotlieb (1981) diz que se houvesse prevenção sobre os fatores de risco da doença isquêmica (hábitos de fumar, obesidade, consumo de determinados tipos de gorduras, vida sedentária e estresse) poder-se-ia proteger o indivíduo susceptível. Já Lopes

(1988) informa ser evidente que melhor do que corrigir os diversos fatores de risco é ainda estabelecer um programa de prevenção primária que impeça o seu aparecimento. Quanto a isso, reconhecem Laurenti e Fonseca (1977), as enormes dificuldades da profilaxia primária da cardiopatia isquêmica junto a população e consideram necessário estimular a prevenção a nível individual, isto é, realizada pelos médicos diretamente junto aos seus clientes.

Existem fatores de risco psicossociais capazes de influenciar a doença coronariana. Com relação a isso, Campos (1984, p.190) enfatiza que "a sobrecarga de situações estressantes está presente nos ambientes urbanos onde haja grande aglomerações, confinamentos, excesso de ruído, ou nos ambientes onde existe insegurança social, por razões várias". Dentre elas relaciona excesso de competição e falta de oportunidades para todos, falta de participação nos processos decisórios, falta de divisão de tarefas e responsabilidades, falta de solidariedade e de relacionamento afetivos, excesso de mudanças e falta de adaptação as novas situações. (...), o meio social competitivo, aglomerado, poluído, apressado e de baixa coesão grupal, seria o caldo de cultura ideal para o desenvolvimento da doença coronariana gerando, além das tensões psicossociais inerentes, estímulo ao sedentarismo, ao tabagismo e aos erros alimentares que acabariam contribuindo para a extensão e gravidade da doença". Bloch e Bersier (1981)

acrescentam a esses fatores sociais o nível sócio-cultural e escolar pouco elevados relativamente a posição profissional atual, discordância acentuada entre o indivíduo e a família (cônjuge, parentes) sobre educação, situação econômica, religião, grupo étnico. Para os autores é incerto o papel desempenhado por estes fatores no desenvolvimento da doença coronariana, porém segundo Campos (1984) deve-se considerar a participação dos fatores psicossociais através da ação direta na estimulação do Sistema Nervoso Central com consequente liberação das catecolaminas e dos corticosteróides, levando a formação dos ateromas e promoção de lesão miocárdica, mesmo sem ateromas.

Baseados em testes psicológicos, os cientistas americanos Friedman e Rosemman citados por vários autores entre eles Bloch e Bersier (1981), Campos (1984) e Silva (1990), classificaram as pessoas em três padrões de comportamento: A, B e C. Os integrantes do grupo A são indivíduos extremamente competitivos, sempre plenos de trabalho e com falta de tempo; com frequência sacrificam, em nome do trabalho, suas férias e seu descanso; mesmo de férias, não relaxam por inteiro. No outro extremo, situam-se as pessoas do grupo B: tranquilos, raramente se comprometendo com prazos rígidos; evitam assumir encargos extras e múltiplas tarefas ao mesmo tempo; não somente gostam de descansar, como, o que é mais importante, sabem fazê-lo. O grupo C seria formado basicamente por pessoas ambiciosas, porém inseguras.

Esses cientistas demonstraram que, entre os integrantes do grupo A, a doença coronariana não só é sete vezes mais frequente, cita Silva (1990), como também se reveste de maior gravidade que entre as do grupo B. Fazem um perfil psicológico do indivíduo mais predisposto a doença coronariana: tendência à hiperatividade e ao perfeccionismo; extrema sensibilidade às críticas; dificuldades de lidar com derrotas e frustrações, é um mau perdedor; controle rígido sobre os outros e sobre si mesmo; tendência a levar muito sério tudo o que faz; extrema dedicação ao trabalho, com pouco ou nenhum tempo voltado ao lazer; busca de situações competitivas; tendência a reprimir os próprios sentimentos, embora reaja com sensibilidade e dificuldade de lidar com a própria ansiedade.

Para Silva (1990), um dos aspectos mais relevantes da formação do estresse é a ansiedade crônica e a forma de lidar com ela. Tanto ele quanto Lipp et al (1987) fazem algumas recomendações para evitar o estresse e seus efeitos nocivos sobre o aparelho cardiovascular, como: parar de tentar fazer tudo ao mesmo tempo; fazer exercícios físicos regularmente para relaxar; comer devagar; tentar não impacientar-se demais e por motivos fúteis; fazer um esforço honesto para mudar as coisas que realmente forem fonte de ansiedade.

É oportuno citar as medidas profiláticas sobre os fatores psicossociais da doença cardíaca sugeridas por Campos (1984): tentar modificar os padrões atuais de competição social através de ações que reforcem a solidariedade humana individual e principalmente grupal; estimular a participação das pessoas nos processos decisórios procurando-se sempre compartilhar a responsabilidade; estimular as medidas que possam reduzir o atual e alucinante ritmo de vida.

2.2 - Assistência de Enfermagem ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio

O Paciente Infartado na U.T.I./U.C

A pessoa portadora de infarto agudo do miocárdio, segundo Padilha (1987) precisa ser internada em U.T.I, seja ela geral ou especializada (unidade coronariana), devido a necessidade de vigilância contínua e controles intensivos que seu estado passa a exigir.

O conceito de uma unidade coronariana está baseado na prevenção ou na detecção imediata e tratamento instantâneo das complicações do infarto agudo do miocárdio. De acordo com Yamada (1989) e Meltzer et al (1984), os cuidados coronarianos intensivos, neste grupo de pacientes, tem prestado a sua maior contribuição pela capacidade de prevenir mortes súbitas. Dizem os últimos autores, que antes da introdu-

ção do tratamento coronariano intensivo em 1962, pelo menos 30% de todos os pacientes admitidos aos hospitais com infarto, morriam durante o período da hospitalização. Tanto eles quanto Coutinho e Santos (1985) são de opinião de que, qualquer paciente com I.A.M diagnosticado ou suspeito, deve ser encaminhado à unidade de terapia intensiva ou unidade coronariana, para avaliação e tratamento, pois arritmias e outras complicações podem se manifestar em qualquer ocasião, durante a fase aguda do infarto.

No que diz respeito as vantagens e desvantagens do tratamento coronariano intensivo, cito alguns estudos realizados. Mocaveto et al citado por Padilha (1987), em estudo realizado com pacientes de U.T.I, constataram, após a alta hospitalar, que a maioria destes pacientes percebem essas unidades como locais seguros, principalmente pela presença constante dos médicos e enfermeiros. A falta de tranquilidade no ambiente foi referida por uma minoria de pacientes. Barbato et al (1982) estudando coronariopatas internados em Unidade Intensiva Coronariana, verificaram que grande parte dos pacientes percebia a unidade como um elemento tranquilizador, devido a importância da atenção contínua e da tecnologia ali existente. Ainda com relação as vantagens Luz (1984), informa que a admissão em unidade coronariana foi responsável pela redução de 40 para 18 a 15% de mortalidade hoje observada na maioria dos centros. Apesar de ser o local ideal para o atendimento de pacientes agudos graves recuperáveis, no dizer de Lopes

(1972) e Kozumi et al (1979), a U.T.I parece oferecer ao paciente um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Para Padilha (1987) a necessidade de cuidados e controles frequentes, geralmente presente no caso de doente grave ou de alto risco, como no infarto, faz da U.T.I um local onde as atividades são contínuas durante as vinte e quatro horas do dia, acrescida do barulho monótono e constante dos monitores e dos respiradores, as vezes interrompidos pelo soar dos respectivos alarmes de segurança. A falta de condição favorável ao sono, a ocorrência de cenas dramáticas de pronto atendimento como por exemplo reanimação cárdio-respiratória, o contato com outros pacientes graves e isolamento dos familiares, são alguns dos fatores ambientais prejudiciais e estrutura psicológica do paciente quando internado em U.T.I, citados por Koizumi et al (1979). Ciosak e Sena (1983) vão mais além, acrescentando: ausência da privacidade física, aparelhagem que não entende, pessoal desconhecido, instabilidade econômica e emocional dos familiares, falta de confiança no pessoal que presta assistência, falta de informação sobre os cuidados recebidos, perda da identidade e da noção de tempo e espaço, comentários impróprios sobre seu estado feito pela equipe etc. Além dos fatores já citados Trotto et al (1976) colocam que os pacientes se sentem manipulados de todos os modos e meios possíveis e dependentes da tecnologia neles utilizadas. Oliveira et al (1978) cita a percepção da auto imagem, limitação das atividades, o próprio termo unidade de terapia intensiva, constante circulação de

peçoal, constante solicitação para exames e rotinas e o uso de linguagem técnica desconhecida. Barbato et al (1982), no seu estudo referente a problemas psicossócio espirituais dos coronariopatas internados em U.T.I, concluem que os problemas mais frequentemente apontados pelos pacientes são: falta de família, solidão, angústia, medo de morrer, medo de exames e de cirurgias, preocupação com o trabalho, necessidade de ser esclarecido sobre a doença.

Verifica-se, com base nos trabalhos referidos até aqui, que a unidade de terapia intensiva/unidade coronariana parece ser percebida pelos pacientes sob dois ângulos distintos: como um ambiente seguro e tranquilizador e como um ambiente estressante e tenso.

Kimura, citada por Padilha (1987, p. 41), levando em conta as condições estressantes do trabalho em U.T.I, formula a hipótese de que, " estando as enfermeiras submetidas a angústia e tensões inerentes ao seu ambiente de trabalho, ao enfatizar os aspectos ambientais como problema para o paciente, poderiam estar projetando sua própria ansiedade frente a situação". Trabalho realizado por Keane et al (1985), sobre o estresse em enfermeiras de unidade de cuidados intensivos em comparação com as de unidade comum, revela que não houve diferença nos níveis de esgotamento, contudo, as enfermeiras mais insensíveis apresentavam níveis mais baixos de esgotamento do que as mais sensíveis, visto serem mais comprometidas

das com seu trabalho, mais seguras. Constataram ainda que o tempo de trabalho, idade, número de horas de trabalho por semana, não afetaram o esgotamento de maneira significativa. Segundo Mello e Luce citados por Ciosak e Sena (1983), o profissional de saúde se defende de toda a angústia que ele muitas vezes inconscientemente está vivendo ou teme viver durante o plantão, por não saber o que vai acontecer, criando um clima de futilidade, de evasão, de brincadeira etc.

Vimos até aqui que os pacientes infartados internados na Unidade Coronariana ou de Terapia Intensiva estão sujeitos a uma enorme sobrecarga emocional. Estudos tem demonstrado que esta sobrecarga emocional pode afetar desfavoravelmente o curso clínico da doença. Um fator, no meu entender, que pode interferir positivamente revertendo esse processo, é a atuação adequada da equipe dessas unidades.

Habilidades e cuidados especiais são necessários para lidar com as reações físicas e emocionais complexas que acompanham a vida do paciente com infarto do miocárdio.

Aspectos Físicos da Assistência

Meltzer et al (1984) citam como cuidados ao paciente com infarto agudo do miocárdio internado em unidade coronariana, os seguintes: iniciar a monitorização cardíaca que deve se manter enquanto o paciente estiver na unidade; explicar a mo-

nitorização ao paciente e de um modo geral o programa de tratamento coronariano; registrar na papeleta uma tira de E.C.G obtida; perguntar sobre a presença de dor precordial; iniciar uma infusão endovenosa; avaliar as condições clínicas do paciente; explicar a situação do paciente à família; estar preparada para qualquer situação de emergência. Os cuidados subsequentes segundo o autor são: balanço hídrico; repouso no leito; manter um ambiente tranquilo; satisfazer as necessidades fisiológicas; dieta; prevenção do trombolismo; exercícios passivos, medicamentos; tranquilizar o paciente; escutar; controlar o meio; prever certas reações emocionais. Fonseca (1983) acrescenta a esses cuidados a oxigenioterapia e cuidados relativos a dor. Já Brunner e Suddarth (1980) vão mais além, acrescentando cuidados relativos a monitorização hemodinâmica para o paciente gravemente enfermo e o preparo para o procedimento de revascularização miocárdica quando indicado.

Com o intuito de fundamentar a identificação dos problemas de pacientes coronarianos na área física, Barbato et al (1979) descreveram os principais problemas fisiológicos apresentados por pacientes com infarto agudo do miocárdio e as respectivas prescrições de enfermagem relativas a dor, equilíbrio circulatório, frequência cardíaca, equilíbrio enzimático e eletrolítico, termo regulação, sono, repouso, eliminação, terapêutica e nutrição.

Rossi e Hainess, citados por Yamada (1989) incluem entre os problemas de enfermagem do paciente infartado e que constituem o diagnóstico de enfermagem: dor, padrões emocionais de má adaptação (negação extrema, ansiedade), conhecimento inadequado da condição e tratamento, níveis de atividades alterados, manejo inadequado dos estresses cotidianos e fatores de risco.

Castro (1988) acrescenta aos cuidados já citados: testar equipamentos e aparelhagens; manter cabeceira da cama elevada 30° até 45°; não oferecer alimentos muito quentes ou muito gelados para evitar estimulação vagal; enfaixar membros inferiores se apresentar varizes e auxiliar cuidados higiênicos no leito. Com relação a esse último cuidado, Barbato (1978), observando que alguns pacientes portadores de insuficiência coronariana aguda, durante e ao término do banho de leito, apresentam sinais e sintomas evidentes de cansaço, teve a idéia de verificar o comportamento de alguns parâmetros, como os sinais vitais e o eletrocardiograma, antes, durante e depois do banho no leito e se houvesse alteração significativa, se deveria modificar a técnica do banho no leito para esses pacientes, ou até mesmo dispensá-lo durante o período crítico do acidente coronariano. Conclui em sua pesquisa com 22 pacientes admitidos em unidades coronarianas, observados durante as três primeiras 72 horas de internação, que a temperatura, o pulso, a respiração e a pressão arterial não mostravam diferenças significativas, porém o estudo eletrocar-

diográfico foi indiscutivelmente aquele que revelou as alterações mais expressivas, parecendo evidente a possibilidade do banho no leito vir a ter ação nociva, na dinâmica cardiocirculatória de pacientes na fase aguda dos pacientes coronarianos.

Com relação a assistência de enfermagem aos pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio submetidos ao tratamento com estreptoquinase, foi encontrado somente um trabalho, elaborado por Silva et al (1987). As autoras dividem a assistência em: pré, durante e após o uso da droga. As normas apresentadas no trabalho são utilizadas no Instituto do Coração da FMUSP (INCOR). Entre os cuidados antes da estreptoquinase citam a monitorização cardíaca; os controles dos sinais vitais e inclusive P.V.C se estiver cateterizado com uma veia central; o preparo físico e psicológico é iniciado imediatamente. O preparo físico consiste em tricotomia de ambos os braços, verificação do peso e altura, colheita de sangue p/exames, etc. O preparo psicológico do paciente consiste em orientá-los em relação ao procedimento, suas vantagens e desvantagens, etc. Entre os cuidados durante a estreptoquinase citam os materiais e equipamento necessários e os cuidados com a droga. Após a estreptoquinase citam entre os cuidados, a monitorização cardíaca; o controle dos sinais vitais; a atenção a sangramentos, as queixas de dor, reações alérgicas, sinais de baixo débito e os cuidados no preparo ao paciente para angioplastia que as vezes se faz necessário.

Quanto a angioplastia coronariana, foi apresentado, por Rodrigues e Jayme (1989) uma proposta de assistência de enfermagem, no 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Florianópolis - SC. As autoras descrevem os cuidados de enfermagem nos períodos: pré, trans e pós-angioplastia e inclusive orientações que devem ser prestadas em cada período.

Aspectos Psicológicos da Assistência

Acredito que o infarto do miocárdio seja percebido pelo paciente como uma ameaça não somente ao seu bem estar físico como também psicológico e social. Vejo que é nesse ponto, principalmente, que o enfermeiro deve ter mais habilidade diminuindo o estresse e inclusive os casos de invalidez psíquica induzida pela doença.

No que diz respeito a atitude da equipe para o atendimento das necessidades emocionais dos pacientes, Ciosak e Sena (1983) e Oliveira et al (1978) enfatizam a necessidade dos indivíduos transmitirem confiança àqueles a quem assistem para que cesse o medo e o paciente consiga verbalizar o que sente e o que o incomoda. Santos (1980) salienta que as atitudes apresentadas por quem atende o paciente surtem efeito superior a qualquer outro tipo de terapêutica. Souza et al (1985) e Silva (1979), citam quatro atitudes que estes profissionais devem estar atentos: respeito a privacidade do paciente; personalização do atendimento; favorecimento da as-

sistência psico-espiritual e favorecimento de visitas. Gonçalves (1979) e Santo (1985) acrescentam a intuição, empatia, compreensão, comunicação, fazendo com que o paciente sinta no indivíduo que o atende, uma pessoa que o aceita e quer ajudá-lo, o que facilitará a comunicação e interação entre eles. Com relação específica a comunicação diz Meltzer et al (1984, p. 71-75): " as enfermeiras devem manter uma boa comunicação não só com o paciente e sua família e com todos os elementos que atuam na Unidade Coronariana como também com os demais membros da comunidade hospitalar. Deve explicar aos pacientes os objetivos do tratamento intensivo, bem como as razões para os vários procedimentos e como eles são feitos; comunicar à família do paciente o seu estado geral e a evolução do mesmo, minorar os seus temores e dizer o que podem fazer para cooperar; servir como elemento de ligação entre médicos, paciente e família; manter o médico informado sobre as condições clínicas do paciente e comunicar qualquer alteração significativa logo que ocorra; apresentar relatórios sucintos às suas colegas de equipe sobre a condição do paciente, de modo que não haja nenhuma interrupção na continuidade do tratamento".

Em seu estudo com paciente infartado Neves (1977,p.6) cita entre as habilidades interpessoais exigidas do enfermeiro: " ouvir, observar, estabelecer interação cooperativa e colaborativa com o cliente e a equipe de saúde; apoio emocional, ajudar o paciente e família a enfrentarem o problema; estimu-

lar a integração do paciente com a doença; identificar problemas encobertos nos pacientes, através da manipulação de técnicas psicológicas, compreender os significados da comunicação não verbal etc".

Gomes (1988) ao se referir sobre a assistência de enfermagem ao paciente infartado, onde a ansiedade é uma constante, diz que o enfermeiro deve estar preparado para detectar suas diversas manifestações e assisti-las da melhor forma possível e isso envolve um relacionamento afetivo. Para a autora a interação do enfermeiro com o paciente e família deve dirigir-se no sentido de auxiliá-lo a expor suas expectativas para, assim, poder assisti-lo de forma global e individualizada, minimizando o impacto da doença e da hospitalização.

A maneira calma e competente do enfermeiro, é para Yamada (1989), bastante importante no alívio a ansiedade. A autora inclui também a família na atenção de enfermagem, dizendo que essa deve ser informada sobre o estado do paciente e o tratamento planejado.

Com relação aos familiares do paciente infartado, comparilho com Nyamathi citado por Takahashi et al (1989) quando informam que o I.A.M é percebido por estes, também, como uma ameaça ao bem estar físico, pessoal e psicológico. Para Gaglione citado pela mesma autora, em geral, a resposta da família à doença é caracterizada por choque que pode ser agrar-

vada pela sensação de morte. A mesma considera que o enfermeiro dirige sua atenção para as modalidades terapêuticas, dando menor atenção à família. Desta forma, considera que a assistência ao membros da família requerem especial atenção assim como a terapêutica, pois constituem para esses, o suporte do sistema de apoio.

Em seu estudo com 30 esposas de pacientes com diagnóstico de I.A.M, entre o 3º ao 6º dia de internação em Unidade Coronariana de um hospital especializado em cardiologia, Takahashi et al (1989) constataram que os problemas percebidos pelas esposas com maiores percentuais (23,8%) recaíram sobre alterações emocionais como: aflições, ansiedade, tristeza, medo (18,8%) e preocupações quanto ao futuro (14,8%). Com relação a expectativa quanto a atuação do enfermeiro, junto ao marido como também junto a si ou a família, as autoras verificaram que quanto as expectativas relacionadas ao marido, o "cuidar bem" teve igual preferência (40,7%) que as atitudes humanísticas (paciência, carinho, compreensão, conversa). Em relação às esposas, as atitudes referentes às atitudes humanísticas representaram 52,4% do total das expectativas, vindo em seguida a necessidade de "esclarecimento quanto às condições do marido" (27,9%). Concluem as autoras, que há necessidade de direcionar a atenção do enfermeiro a dois aspectos que têm sido relegados na prática hospitalar: a assistência à família e o desempenho do papel expressivo pelo enfermeiro.

Quanto a visita de familiares à pacientes enfartados, estudos tem sido realizados no intuito de se conhecer os aspectos envolvidos no contexto emocional. Takahashi (1983,p.27) em sua dissertação de mestrado, sobre, visita de familiares a doentes infartados: análise de alguns parâmetros cardiovasculares, citada pela própria autora em seu trabalho "o grau de parentesco do visitante e a resposta emocional do doente enfartado", constatou que a presença do visitante desencadeia uma resposta emocional no paciente com conseqüente alteração de parâmetros cardiovasculares com pressão arterial e frequência cardíaca. Segundo a autora "rotinas inflexíveis quanto a visitas, não devem ser estabelecidas pela simples observação de reação emocional dos doentes, pois não conhecemos ainda até que ponto tais reações são benéficas ou malélicas aos pacientes".

Trotto et al (1976), ao se referirem sobre às rotinas de visita nas U.T.Is, dizem que os cuidados em torno da visitação estão mais ligados ao transtorno que os familiares poderiam trazer ao serviço e aos pacientes, já que é observado a impressão generalizada, nas equipes que trabalham nas U.T.Is, de que os pacientes pioram quando visitados. Para os autores essa piora é discutível e indagam se não corresponderia ao fato de o paciente sentir-se com maior liberdade, permitindo-se, diante de pessoas amigas, manifestações emocionais reprimidas quando só em contato com a equipe. Os mesmos são favoráveis às visitas e mesmo acompanhantes nas U.T.Is.

2.3 - Utilização da Teoria de King

A revisão da literatura evidenciou que poucos estudos utilizaram King para fundamentar a prática assistencial. A nível internacional um dos trabalhos encontrados foi o de Husband (1988), que desenvolveu sua prática em ambiente ambulatorial com um paciente de 35 anos, portador de diabetes dependente de insulina. Como marco de referência, a autora utilizou as cinco fases do processo de enfermagem de King. Ela cita algumas vantagens quanto a metodologia assistencial utilizada, entre elas, que a participação do paciente no estabelecimento de metas e estratégias talvez possa aumentar o comprometimento com seu cuidado; a aplicação de um modelo interpessoal como o de King pode realçar a conscientização que a enfermeira tem que dar mais importância ao cuidar e que é uma teoria de fácil compreensão, pois os elementos são claramente apresentados e a metodologia envolve passos simples e se torna fácil de ser introduzida num ambiente ambulatorial para diabéticos.

Smith (1988), implementou sua prática assistencial em ambiente hospitalar com uma puérpera, primípera de 30 anos. No desenvolvimento dessa prática, houve a participação efetiva do marido da paciente, já que a teoria enfatiza a atuação com o paciente e seus familiares. A autora demonstra como um conjunto de proposições interrelacionadas derivadas da teoria de King pode orientar a prática de enfermagem. Conclui que

através do processo de transação, as metas foram alcançadas conduzindo a um estado de saúde melhor.

A nível nacional foram encontrados quatro trabalhos, Neves et al (1984), relatam a experiência de cerca de dois anos, no Centro de Pesquisas Oncológicas do Hospital Governador Celso Ramos em Florianópolis (CEPON). Este centro, atende, em regime ambulatorial, indivíduos adultos portadores de câncer. Relatam as autoras, que trabalham com o indivíduo/família aquilo que eles apresentam de mais crítico no momento e manifestam o desejo de ver solucionado. Concluem que a Teoria de Imogene King tem sido útil no direcionamento da prática da enfermagem naquela instituição exigindo das enfermeiras, entre outras, habilidades nas relações interpessoais.

Siebert (1984), também desenvolveu um trabalho com indivíduos portadores de câncer, a nível ambulatorial no CEPON. A autora inclui o sistema " Transcendental " permeando os demais sistemas do marco de King " pessoais, interpessoais e sociais ". Sugere que a teoria seja aplicada também em ambiente hospitalar com clientes, cujo aspecto psico-sócio-espiritual não esteja tão abalado e o aspecto físico pudesse ser visto mais de perto.

Santos (1990), realizou seu trabalho junto a indivíduos idosos portadores de doenças crônicas a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Utilizou alguns conceitos da teoria

de King e conclui entre outras, que a implementação da assistência de enfermagem com base na teoria de King, forneceu um atendimento holístico e integrado do indivíduo idoso nas diferentes situações.

Rocha (1991), implementou sua prática a nível hospitalar e domiciliar, junto a pacientes adultos, traumatológico-ortopédico. A autora utilizou vários conceitos da teoria de King, para direcionar sua prática assistencial, entre eles, tomada de decisão, papel, imagem corporal e estresse. Uma das conclusões a que chegou a autora foi a de que o estresse esteve presente em maior ou menor intensidade em todos os pacientes estudados, seguido pelo conceito imagem corporal.

Somente um estudo foi encontrado, dirigido a pacientes com infarto agudo do miocárdio, desenvolvido por Neves (1977), que aplicou a sua prática, a um paciente do sexo masculino com 61 anos de idade, em ambiente hospitalar. A autora acompanhou o paciente do 5º dia até a alta hospitalar e envolveu no estudo a esposa do paciente, médicos, assistente social e outros. Observa-se, que os conceitos mais trabalhados foram, percepção e comunicação. No plano de cuidados de enfermagem a autora utilizou cinco fases: diagnóstico, objetivos, intervenções, base lógica e avaliação. A autora conclui que ocorreu transação entre ela e o paciente, ou seja, que os objetivos traçados foram alcançados, e que ambos aprenderam da situação de enfermagem. Neves levanta a hipóte-

se de que a implementação do marco de referência de King pode não se revelar útil em ambiente de cuidado agudo, já que exigiu um relacionamento muito intenso durante um período longo.

3 - MARCO CONCEITUAL

Marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente (Trentini, 1987). A teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King originou-se de três sistemas em interação: pessoal, interpessoal e social. Para King a pessoa é um sistema pessoal aberto, em interação com uma ou mais pessoas no ambiente, compreendendo o sistema interpessoal e com o sistema social, formado por grupos sociais.

Para que possamos compreender melhor o ser humano, King diz ser necessário relacionar entre si os conceitos que formam o sistema pessoal: percepção, "self", imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço. Para ela a relação enfermeiro-cliente é uma relação que compreende um sistema interpessoal no qual os conceitos envolvidos são: interação, transação, comunicação, papel e estresse. King (1981,p.15), tentando definir o que é sistema social, diz ser um "sistema organizado de papéis, comportamentos e práticas

sociais ...". Para a autora (1981) a sociedade é formada por grupos sociais que juntos em interação, formarão o sistema social. Como exemplo de grupos sociais King cita: grupo familiar, profissional, saúde, etc. Para ela nossas percepções e julgamentos são influenciadas pela nossa vivência em grupos. Os conceitos envolvidos nesse sistema são: organização, autoridade, poder, status e tomada de decisão. Esses conceitos selecionados por King, auxiliam a enfermagem a entender que as ações e reações do ser humano são resultantes de sua interação com os sistemas. Com base, principalmente no sistema interpessoal, a autora desenvolveu a Teoria do Alcance dos Objetivos, no qual através do processo de interação, enfermeiro e paciente estabelecem objetivos, exploram os meios e concordam sobre os meios para atingir os objetivos de saúde, ou seja, a transação.

Neste estudo não irei descrever todos os conceitos que compõem a teoria de King e sim, somente aqueles que selecionei para a construção do marco conceitual, que são: ser humano, percepção, crescimento e desenvolvimento, comunicação, interação, transação, papel, estresse, tomada de decisão, saúde, doença e enfermagem.

Antes de apresentar esses conceitos, cito alguns pressupostos teórico-filosóficos nos quais King baseou-se para o desenvolvimento de sua Teoria. A seguir junto a esses, minhas crenças pessoais que norteiam este estudo.

3.1 - Pressupostos Teóricos-Filosóficos de King (1981,p. 143)

" Os seres humanos são seres sociais, pensantes, racionais, que reagem, percebem, controlam, que tem propósitos, são orientados para a ação e orientados no tempo. "

" As percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação. "

" Os indivíduos tem direito a ter conhecimento sobre si mesmos. "

" Os indivíduos tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde. "

" Os objetivos dos profissionais de saúde e os objetivos dos receptores do cuidado à saúde podem ser incongruentes. "

3.2 - Pressupostos Pessoais

O indivíduo infartado é um ser social, pensante, que reage, percebe, controla. A sensação de morte iminente, a dependência de ajuda dos outros, a interrupção súbita do estilo de vida, a separação dos familiares, são alguns dos fatores que poderão interferir nas suas relações quando hospitalizado.

Os seres humanos tem propósitos e quando subitamente tem seu ritmo de vida alterado por um infarto agudo do miocárdio, alguns de seus planos e expectativas com relação a sua pessoa, poderão modificar-se.

As percepções do enfermeiro e do paciente infartado influenciam o processo de interação. O enfermeiro ao assisti-lo deve levar em consideração sua cultura, crença e valores, sua interação com o paciente deve dirigir-se no sentido de auxiliá-lo a expor suas dúvidas, necessidades, medos e expectativas para minimizar o impacto da doença e hospitalização e assisti-lo de forma individualizada.

O indivíduo infartado tem direito de ter conhecimento sobre seu estado de saúde para poder participar nas decisões sobre seu tratamento e sentir-se responsável também por sua recuperação.

Cabe aos profissionais de saúde orientar o indivíduo infartado sobre as possíveis consequências de sua decisão em aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde, respeitando contudo seus direitos.

Tanto os pacientes infartados quanto os profissionais de saúde podem ter percepções e necessidades diferentes dentro de um processo de interação.

3.3 - Definição dos Conceitos

Para facilitar o entendimento, sempre apresentarei o conceito de King e a seguir como esse conceito é tratado neste trabalho.

SER HUMANO: é um ser social, racional e sensível, que reage conforme suas percepções expectativas, necessidades e valores. É um ser que se comunica e interage com outros seres humanos e objetos no ambiente para o alcance de objetivos ou seja a transação. É ainda um ser em contínuo crescimento e desenvolvimento, dotado de habilidade em tomar decisões e que necessita da enfermagem quando há dificuldade no ajustamento aos estressores no seu ambiente, para poder funcionar nos seus papéis (King, 1981).

Neste estudo, o ser humano é o indivíduo infartado em fase aguda, hospitalizado, com capacidade de pensar, perceber e controlar suas ações, embora com dificuldade, diante da ocorrência inesperada do infarto. É um ser em comunicação e interação com outras pessoas (profissionais da saúde, sacerdotes, familiares, amigos) e objetos (aparelhagens) em seu meio ambiente (unidade hospitalar). É ainda um ser com direito a tomar decisões sobre seus cuidados, para assim manter um nível satisfatório de saúde e poder funcionar nos seus papéis sociais. Está exposto à estressores internos e externos.

INTERAÇÃO: é definido como "um processo de percepção e comunicação entre pessoa e meio ambiente e entre pessoa e pessoa, manifestado por condutas verbais e não verbais e está dirigida para a transação ou o alcance dos objetivos". Cada indivíduo numa determinada situação, tem diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, expectativas, experiências passadas que influenciam nas interações (King, 1981, p.145).

A interação do indivíduo infartado em fase aguda, hospitalizado, é um processo de percepção e comunicação consigo mesmo, com o outro (profissionais que o assistem, pacientes e familiares) e com a unidade hospitalar. Ocorre quando ele aceita-se como doente e com limitações, quando comunica suas dúvidas, temores, preocupações, expectativas, percepções e necessidades, dispondo-se a participar no seu processo de recuperação.

PERCEPÇÃO: é definida como "a representação que cada ser humano tem da realidade (...) é um processo de organização, interpretação e transformação dos dados sensoriais e da memória. é um processo de transação humana com o ambiente (...) e influencia o comportamento de cada um" (King, 1981, p.20 e 24).

A percepção é a maneira como o indivíduo infartado percebe a doença, o tipo de tratamento e como é dado esse tratamento; como percebe sua hospitalização, o ambiente onde se

encontra que envolve equipamentos sofisticados, pacientes graves e outras pessoas desconhecidas; como percebe a si mesmo como pessoa e sua relação interpessoal.

COMUNICAÇÃO: "é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos. A comunicação verbal é eficaz quando satisfaz os desejos básicos de reconhecimento, participação e auto-realização por contato direto entre as pessoas. A comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações e posturas ao escutar e ao sentir." A comunicação é o meio pelo qual se chega à interação social e à transação. "Para ser eficaz, a comunicação deve ocorrer em uma atmosfera de respeito mútuo e desejo de entendimento". (King, 1981, p. 62)

A comunicação é um processo no qual pensamentos e opiniões são trocados entre o indivíduo infartado e outro cliente, entre ele e os profissionais que o assistem, entre ele e os familiares e amigos. Por encontrar-se, o indivíduo infartado num ambiente considerado por alguns clientes, como estressante, a comunicação não verbal é de extrema importância, pois os gestos, expressões faciais, ações e posturas possibilitam detectar alterações emocionais comuns nos infartados, que se manifestam através da apatia, desconfiança, agressividade, inquietação, etc, exigindo muita habilidade do enfermeiro.

TRANSAÇÃO: é "um processo de interação no qual seres humanos se comunicam com o ambiente buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. A transação são condutas humanas encaminhadas para os objetivos". Ela só ocorrerá com o alcance dos objetivos (King, 1981,p. 82).

A transação ocorre dentro de um processo de percepção, comunicação e interação entre o cliente infartado e o enfermeiro, e se concretiza quando os objetivos traçados por ambos forem alcançados.

ESTRESSE: é definido como "um estado dinâmico pelo qual o ser humano interage com o ambiente para manter o balanço para o crescimento, desenvolvimento e desempenho (...); é uma resposta energética de um indivíduo a pessoas, objetos e eventos chamados estressores". Pode ser tanto negativo quanto positivo e manifesta-se na forma fisiológica, psicológica e social. Parece ser um componente essencial na vida e neste sentido é universal (King, 1981, p.147).

O indivíduo infartado em fase aguda encontra-se na U.C ou U.T.I exposto aos agentes agressores no ambiente e estes interferem na sua comunicação, percepção e interação. O enfermeiro, com base em seus conhecimentos e habilidades, visando o estresse na sua forma positiva, como impulsionador do indivíduo para a ação, desenvolve estratégias junto com o

cliente para o enfrentamento e ajustamento aos agentes agressores.

MEIO AMBIENTE: é um sistema aberto que permite a troca de matéria, energia e informação entre os seres humanos. Ela classifica o ambiente do ser humano em: interno e externo e é no ambiente interno (estrutura biológica e psicológica) que ocorre a transformação de energia, capacitando a pessoa a ajustar-se as contínuas mudanças do ambiente externo (espaço físico, sociedade). " A satisfação depende da harmonia e balanço de cada pessoa com o ambiente" (King, 1981, p. 4).

O ambiente interno do indivíduo com infarto agudo do miocárdio encontra-se alterado pela doença que por sua vez leva à transformação do seu ambiente externo que, até então, era seu lar, seu trabalho, seu grupo de amigos, vizinhos, parentes etc e agora passa a ser uma unidade hospitalar, onde terá que conviver com pessoas desconhecidas, aparelhagens sofisticadas que não entende, ser submetido a rotina e procedimentos diferentes. Ambiente esse " percebido por alguns pacientes como ambiente estressante e tenso e por outros como local seguro e tranquilizador " (PADILHA, 1987, p.39). O enfermeiro com sua habilidade prática e conhecimento, junto com o cliente procura ajustá-lo aos estressores do seu ambiente interno e externo e a manter um nível satisfatório de saúde.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: é um processo contínuo que ajuda a mover o indivíduo em direção a auto-realização e maturidade. Envolve mudanças físicas e comportamentais do ser humano e é determinado positiva e negativamente por outras pessoas e objetos no meio ambiente (King, 1981).

O crescimento e desenvolvimento do paciente infartado será observado através: - da melhoria de suas condições hemodinâmicas; - do aumento de seus conhecimentos sobre assuntos relacionados à seu problema de saúde e através de seu comportamento como: deixar de fumar, procurar ter uma vida mais calma, mudança de seus hábitos alimentares, participar nos cuidados à saúde.

TOMADA DE DECISÃO: " é um processo dinâmico pelo qual indivíduos ou grupos, fazem e praticam uma escolha, dentre alternativas para responder a uma questão e alcançar o objetivo proposto. A tomada de decisão afeta o curso da ação a ser tomada numa situação específica" (King, 1981, p. 132).

O enfermeiro e o indivíduo infartado tomarão decisões diante das situações apresentadas após todo um processo de percepção, comunicação e interação. Para que o paciente participe, conscientemente, das decisões sobre seus cuidados e tratamento e para o alcance dos objetivos de saúde, faz-se necessário que o enfermeiro o oriente sobre sua real condição de saúde, tratamento e cuidados respeitando, contudo, suas

crenças e valores. Haverá todavia, situações que poderão colocar em risco a vida do paciente e neste caso, cabe ao enfermeiro e demais profissionais de saúde tomarem a decisão quando da impossibilidade do paciente de também o fazê-lo.

PAPEL: é " um conjunto de comportamento que se espera de uma pessoa que ocupa uma posição dentro de um sistema social; compreende regras que definem os direitos e as obrigações numa posição, implica na relação com um ou mais indivíduos que interagem numa situação específica para alcançar um propósito " (King,1981,p. 147).

O indivíduo infartado ocupa uma posição de doente, portanto o seu papel é de doente infartado internado numa unidade hospitalar. Ele que até então desempenhava vários papéis sociais seja como chefe da família, dona de casa, pai ou mãe, trabalhador desempenhando determinada função, ao sofrer súbita e inesperadamente um enfarto, sem tempo para qualquer preparação psicológica adequada, se vê internado em um ambiente hospitalar totalmente diferente do seu, com sérios agravos a sua integridade física, psicológica e social, dependente da ajuda de pessoas estranhas, de aparelhagens específicas que não entende, de medicamentos, separado da família, experimentando novas sensações. O papel da enfermeira, nessa situação, é de ajudar o indivíduo infartado a se ajustar aos estressores dos ambientes interno e externo, para juntos alcançarem os objetivos de saúde.

SAÚDE: é definida como " experiências dinâmicas de vida dos seres humanos, que implicam no ajustamento aos estressores no ambiente interno e externo, através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para a sobrevivência " (King, 1981, p.5). Para a autora, o homem saudável é aquele que " está habilitado à funcionar nos seus papéis sociais " (King, 1981, p.143).

Saúde para o indivíduo infartado é poder trabalhar e não viver dependente de terceiros para sobreviver; é poder arcar com as suas responsabilidades de acordo com seus papéis sociais, e sentir-se útil.

DOENÇA: a doença é " um desvio do normal, ou seja, uma perda do balanço na estrutura biológica ou psicológica da pessoa ou um conflito nas suas relações sociais " (King, 1981, p.5).

O infarto agudo do miocárdio é um desvio da saúde do indivíduo, levando-o à um desequilíbrio na sua estrutura biológica, pois compreende seu sistema cardiopulmonar, gastrintestinal, hidroeletrolítico e nervoso, como também alterações emocionais profundas como ansiedade, " que se não detectada e tratada pode trazer uma ameaça adicional à condição física do paciente " (Whipple et al, 1980, p.157). Além do que o enfarto do miocárdio na fase aguda, devido a necessidade de tratamento em unidade especializada, afasta o indivíduo do seu

convívio com familiares, amigos e inclusive do seu trabalho, levando-o à um conflito nas suas relações sociais.

ENFERMAGEM: é um processo de interação entre o enfermeiro e o cliente através do qual cada um compartilha informações acerca de suas percepções do outro e da situação, identificam problemas, estabelecem objetivos, exploram os meios e concordam com os meios para alcançá-los " (King,1981,p.144).

A enfermagem é um processo de interação entre o infartado e a enfermeira que, utilizando seus conhecimentos teóricos e habilidades práticas, favorece a ambos, melhor percepção da situação. Juntos, identificam problemas, estabelecem objetivos e meios e concordam com os meios para alcançarem os objetivos de saúde.

4 - PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO KING

Com o objetivo de operacionalizar o marco conceitual proposto, foi utilizado o processo de enfermagem com base no processo elaborado por King. De acordo com Beyers e Dudas (1989, p. 9) o processo de enfermagem " é a aplicação sistemática do conhecimento a situações específicas da assistência aos pacientes ".

O Processo de Enfermagem proposto por King é apresentado na forma de Prontuário de Enfermagem Orientado para o Objetivo, que guarda muita semelhança com o Prontuário Orientado para o Problema criado por Lawrence Weed, em 1966, onde são registrados um conjunto de informações relacionados a um paciente atendido em um serviço. O processo de enfermagem de acordo com King consta de cinco fases:

a) Dados de Base: todas as informações coletadas sobre a pessoa ao dar entrada no hospital. King elaborou um instrumento para coleta de dados composto basicamente por: identificação, sinais vitais, duração da doença, queixa principal,

previsão da hospitalização, experiências de hospitalização, hábitos pessoais e alimentares, história social e recreação, estado de saúde dos diversos sistemas fisiológicos, medicações, atitude geral e cuidados imediatos de enfermagem.

b) Lista de Problemas: King não define problemas e sim que esses são identificados a partir da análise dos dados de base, numerados, classificados e listados no prontuário. A lista de problemas é atualizada à medida que surgem outras informações.

c) Objetivos: são estabelecidos pelo enfermeiro e paciente após a identificação dos problemas. A partir do seu estabelecimento, ambos compartilham informações específicas, exploram e concordam com os meios para alcançá-los. Assim como os problemas, os objetivos são listados, podendo cada problema ter mais de um objetivo.

d) Plano: é baseado nos dados de base e avaliação diária dos problemas. Inclui os meios que enfermeiro e paciente concordaram para resolver o problema e alcançar os objetivos.

e) Notas de Progresso: de acordo com King, a avaliação deverá ocorrer durante todo o desenvolvimento do processo, visando a retroalimentação do mesmo. Baseada em Weed (1969) King sugere 3 tipos de notas de progresso.

. Narrativa: é um resumo conciso do progresso do paciente. A forma usada é a de SOAP sendo S - dados subjetivos; O - dados objetivos; A - análise e avaliação do problema; P - plano.

. Quadro de Controle: para informação de rotina, diária, contínua, repetitiva e específica.

. Sumário Final ou Nota de Alta: cada problema é discutido e avaliado, verificando se os objetivos foram ou não alcançados, podendo ainda definir objetivos futuros.

No próximo capítulo apresentarei o processo de enfermagem que foi utilizado neste estudo, baseado no processo de King.

5 - METODOLOGIA

Neste capítulo apresento a descrição das etapas do desenvolvimento do estudo, que compreenderam: local de implementação da teoria, que incluiu a escolha e característica do local; etapas de implementação da teoria; critérios para seleção dos pacientes e as cinco fases do processo de enfermagem: dados de base, lista de problemas, objetivos, plano de ação e avaliação.

5.1 - Local de Implementação da Teoria

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais, um especializado no tratamento de pacientes com problemas cardiológicos e outro geral. Uma vez garantido o anonimato das instituições, estas receberam a designação de X e Y, respectivamente. O estudo teve seu início após autorização obtida pelo Serviço de Enfermagem desses hospitais, em resposta ao ofício que foi encaminhado.

5.1.1 - Escolha do Local

Para serem incluídos no estudo os hospitais deveriam ter Unidade Coronariana ou Unidade de Terapia Intensiva que atendessem pacientes com Infarto do Miocárdio em fase aguda. O hospital X é o único hospital da região para onde são encaminhados os pacientes com infarto agudo do miocárdio e possui uma Unidade Coronariana onde são assistidos esses pacientes. O hospital Y é o único hospital geral do município, possui uma Unidade de Terapia Intensiva, onde são atendidos, em grande número, pacientes com infarto agudo do miocárdio.

5.1.2 - Características do Local

O hospital X é especializado no atendimento à cardiopatas; é um hospital governamental. Possui como serviços e unidades: duas salas de cirurgia cardíaca, três unidades de internação: médica, cirúrgica e unidade coronariana e de recuperação de cirurgia cardíaca; possui ainda ambulatório, métodos gráficos (ECG e ecocardiograma) e hemodinâmica (cateterismo cardíaco para adultos e crianças, angioplastia, implante de marcapasso e arteriografia).

Tem aproximadamente 100 leitos, sendo 85 leitos de clínica médica e cirúrgica das quais 21 pertencem a unidade C ainda não em funcionamento e 12 leitos de unidade coronariana. O quadro de pessoal é composto por 239 funcionários, dos

quais 156 pertencem a enfermagem. O corpo de enfermagem é constituído de 22 enfermeiros, 50 técnicos de enfermagem, 27 auxiliares de enfermagem e 57 auxiliares de serviços hospitalares assistenciais. O regime de trabalho é de 40 horas semanais com um plantão de 11 horas no final de semana. O hospital possui três diretores: o diretor geral, o diretor administrativo e a diretora de enfermagem.

A Unidade Coronariana como mostra a figura 1, tem formato retangular com 12 leitos, 10 em funcionamento, distribuídos em 5 quartos (2 leitos em cada quarto). Dos 10 leitos, 4 são cirúrgicos e 6 clínicos. Os quartos são separados entre si por paredes de alvenaria o que proporciona uma certa tranquilidade para os pacientes, tão necessária no programa geral de tratamento, já que o presenciar de uma crise dentro da unidade, pode ser uma experiência emocional prejudicial ao paciente. Não existe divisória entre os dois leitos existentes em cada quarto, porém o pessoal da unidade improvisa a mesma com biombo quando acredita ser necessário. A iluminação e aeração do ambiente é satisfatória. Possui aparelhagem específica em quantidade suficiente, pronta para o uso. A equipe de enfermagem que atua nessa unidade é composta por 9 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem, 29 técnicos de enfermagem, 5 atendentes e 4 auxiliares de serviços gerais, distribuídos em três turnos. A equipe médica é formada por 8 médicos, mais os

residentes, distribuídos cada 2 em 4 turnos. A metodologia utilizada na assistência de enfermagem é uma combinação do sistema Weed e a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda A. Horta. Os pacientes antes de serem encaminhados para a Unidade Coronariana, são avaliados pelo médico intensivista e admitidos se necessitarem de cuidados intensivos. A visita dos familiares aos pacientes, se dá no período da tarde às 15:30 horas, durante toda semana, com duração de 5 a 10 minutos podendo cada paciente receber a visita de uma pessoa, por dia. Essa rotina sofre exceção sempre que a enfermeira chefe da unidade julgar necessário.

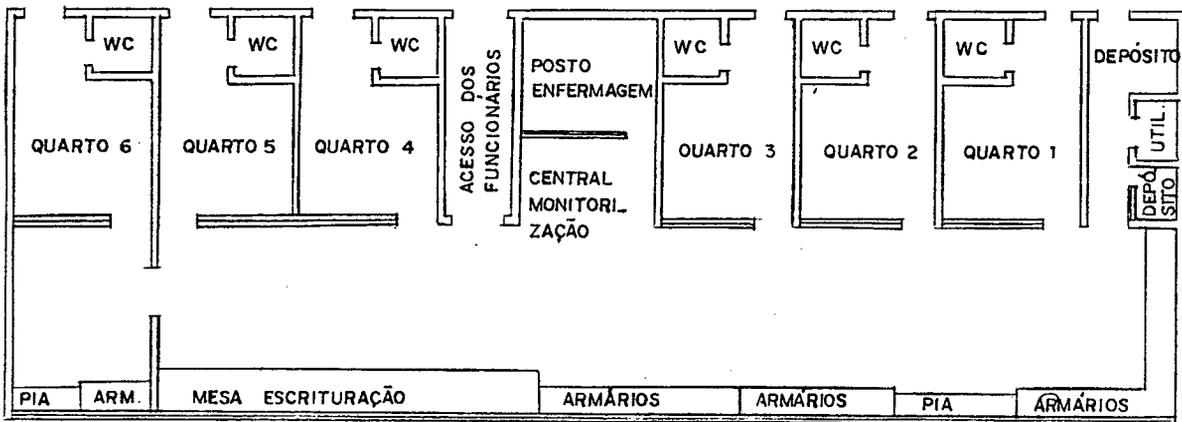


Figura 1. Unidade Coronariana - Hospital "X"

O Hospital Y, é um hospital geral, governamental. Possui entre seus serviços e unidades: pronto socorro, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico, isolamento, bercário, maternidade, unidades de clínica médica e cirúrgica, serviços de Rx, Hematologia, Ortopedia, Hemodiálise-

se, Psicoterapia, Precoce de Câncer, Fisioterapia, Laboratório de Análises Clínicas e Anátomo Patológico. Tem 330 leitos assim distribuídos: 66 de clínica cirúrgica, 150 clínica médica, 33 de neurologia, 50 de maternidade, 14 de isolamento, 10 de U.T.I e 7 de psicoterapia. Tem 394 funcionários dos quais 204 pertencem à enfermagem. O corpo de enfermagem é constituído por 8 enfermeiros, 13 técnicas de enfermagem, 19 auxiliares, 164 atendentes. O regime de trabalho é de 40 horas semanais com um plantão de 11 horas no final de semana. O serviço de enfermagem é hierarquicamente subordinado ao Director Geral do Hospital.

A Unidade de Terapia Intensiva está localizada no 10º andar do hospital, próximo ao centro cirúrgico e muito distante do setor de emergência. Seu formato é retangular como mostra a figura 2, os leitos são separados por uma meia parede nas laterais. Possui 10 leitos sem que haja distribuição por especialidades. A iluminação e aeração é natural e satisfatória. Possui aparelhagem específica em quantidade insuficiente, sendo que o material de consumo é de boa qualidade e em quantidade satisfatória. Dentre os pacientes que internam nessa unidade, a incidência maior é dos que apresentam distúrbios circulatórios (infarto agudo do miocárdio e arritmias) e distúrbios respiratórios. A média de permanência dos pacientes na unidade é em torno de 4 dias. O critério de admissão do paciente é estar em estado de ameaça potencial à vida, independente da entidade clínica. A visita dos familia-

res aos pacientes se dá no período da tarde, durante toda a semana, com duração de 15 minutos, podendo cada paciente receber a visita de duas pessoas por dia. Essa rotina sofre exceção sempre que a enfermeira ou o médico responsável pela unidade julgarem necessário. A equipe é formada por 6 médicos em regime de plantão, sendo um deles o chefe médico da unidade; por 1 enfermeira, 6 técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem e 6 atendentes, distribuídos em três turnos. Na U.T.I., assim como nas demais unidades do hospital, a enfermagem não utiliza uma metodologia específica de assistência.

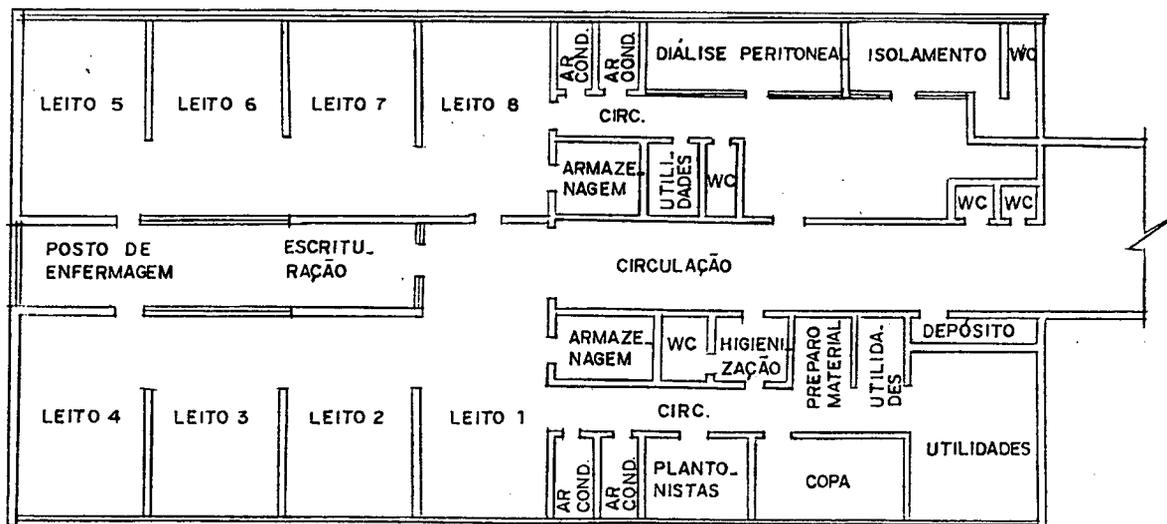


Figura 2. - Unidade de Terapia Intensiva - Hospital "Y"

5.2 - Etapas de Implementação

A implementação da teoria deu-se em duas etapas: a primeira foi chamada de pré-teste, sucedeu-se com doze pacientes internados no hospital X e a segunda foi considerada como aplicação "ajustada" do marco e do processo, deu-se com três pacientes internados no hospital Y.

A primeira etapa serviu para: melhor adaptação do marco a situação apresentada; maior compreensão da teoria e para algumas modificações de minha atitude como profissional que se fizeram necessárias. Enfim, a primeira etapa serviu como um processo de amadurecimento em relação a aplicação da teoria. Essa primeira etapa teve início em abril e término em junho de 1989. Quando senti maior segurança quanto a aplicação da metodologia assistencial proposta, parti para a 2ª. etapa ou seja a implementação da metodologia com mais três pacientes, que ocorreu no mês de janeiro de 1990.

A escolha da amostra de 15 pacientes deveu-se ao fato de acreditar que era quantidade suficiente para o ajuste e aplicação de uma teoria.

5.3 - Critérios para Seleção dos Pacientes

Foram selecionados, para este estudo, pacientes com infarto do miocárdio em fase aguda, internados em U.C ou U.T.I, de ambos os sexos, em condições de comunicar de forma verbal e ou não verbal suas necessidades, percepções e expectativas.

5.4 - Processo de Enfermagem Utilizado no Estudo

O processo de enfermagem proposto e com base em King, tem como objetivo, operacionalizar o marco conceitual de King adaptado à pacientes com infarto agudo do miocárdio em fase aguda. Compreendeu cinco fases; dados de base, lista de problemas, objetivo, plano e avaliação. Apresento a forma como foi operacionalizada cada uma dessas fases.

a) Dados de Base: para a coleta de dados de base que compreende o histórico de enfermagem foi elaborado um instrumento (Anexo I) que constou de duas partes: a primeira parte destinou-se a identificação do paciente. A segunda destinou-se a obtenção de informações do paciente e percepção do enfermeiro sobre os conceitos: comunicação, estresse, papel, ambiente, crescimento e desenvolvimento, doença e tomada de decisão. Para a obtenção dessas informações consultava além do paciente, o prontuário e algumas vezes os familiares.

Inicialmente me apresentava ao paciente, esclarecia-lhe sobre o estudo e o consultava quanto a sua aceitação ou não em participar do estudo, garantindo o total anonimato dos dados pessoais. Não houve nenhuma recusa ou resistência por parte dos mesmos. A coleta de dados foi realizada em vários momentos, inclusive durante a prestação dos cuidados, a partir do 2º dia de internação do paciente na Unidade Coronariana ou de Terapia Intensiva. Não utilizava o instrumento de coleta de dados junto ao paciente uma vez que acreditava que se assim o fizesse, poderia ser criada uma situação pouco informal e interferir negativamente na relação enfermeiro-cliente. Pelo mesmo motivo nenhum registro era feito diante do paciente e sim em outro ambiente da unidade e em casa assim que chegava do hospital. Como a prática assistencial desenvolveu-se de forma dinâmica e contínua no período das 7:10 às 13:10 horas e somente alguns casos também no período da tarde devido a exigência dos casos, o levantamento dos dados de base também ocorreu nesse período.

Na primeira etapa do estudo tive certas dificuldades e algumas delas diziam respeito a minha apresentação ao paciente, a solicitação para a sua participação no estudo e como coletar os dados de base. Descrevo de maneira sucinta como essas dificuldades se apresentaram: com relação a minha apresentação, tinha receio de que, por não pertencer ao quadro de funcionários do hospital; por estar ali desempenhando dois papéis o de enfermeira e ao mesmo tempo de acadêmica, o pa-

ciente recusasse a participar do estudo, além do que não estava acostumada a me apresentar aos pacientes e agora o fato de ter que fazê-lo, deixou-me pouco a vontade. Quanto a consulta ao paciente sobre a aceitação ou não de participar do estudo, tinha também receio de que não aceitasse, em se tratando de uma proposta de assistência que tanto o paciente quanto eu, não sabíamos se iria dar certo. Uma outra dificuldade apresentada diz respeito ao esclarecimento ao paciente sobre o estudo, pois estava ainda insegura quanto a teoria utilizada. Com relação a coleta de dados não sabia se primeiro explorava um conceito e depois de esgotado passava para outro ou se levantava informações de todos e depois passava para a segunda etapa do processo. Tentei as duas maneiras e não deu certo, por serem muito estanques. Tentei uma terceira, trabalhar os conceitos à medida que eu e o paciente percebíamos a necessidade dos mesmos serem abordados e isso foi feito, intercalado com as demais etapas do processo, tornando-o um método dinâmico e contínuo, o qual foi adotado até o final do estudo. A medida que levantava os dados, os objetivos eram traçados, e alcançados, seguidos das avaliações.

b) Lista de Problemas: nesse estudo são considerados problemas, todo distúrbio na estrutura biopsicosocial do indivíduo com infarto agudo do miocárdio, relacionado principalmente aos conceitos estresse, papel, tomada de decisão, crescimento e desenvolvimento. Os problemas eram levantados por mim, pelo paciente e também por ambos. A maioria dos proble-

mas relacionados a área física do paciente como por exemplo: flebite, soroma, arritmias, etc, eram levantados por mim, visto o pouco conhecimento dos pacientes sobre esse aspecto. Os problemas eram numerados e relacionados aos conceitos do marco. Nessa fase do processo também tive algumas dificuldades tais como: acreditava que somente teria validade o problema levantado pelo paciente se fosse verbalizado por ele como tal; não sabia se os problemas identificados apenas pelo enfermeiro poderiam ser considerados problemas, segundo King.

c) Objetivo: os objetivos eram determinados após levantamento do problema e na maioria das vezes por mim e validado pelo paciente. Guardavam relação direta com o problema e como estes, também, eram numerados. Considerei essa etapa do processo, como uma das mais difíceis pela dificuldade que senti em traçar objetivos mútuos, pois muitas vezes achava que estava implícito e ao mesmo tempo parecia que tinha que ser verbalizado pelo paciente.

d) Plano de Ação: neste estudo o plano de ação está voltado para o alcance dos objetivos a curto, médio e a longo prazo. Foi incluída a participação do paciente, dentro de suas possibilidades também nessa etapa do processo. Algumas vezes senti dificuldade na implementação dos cuidados, tanto no aspecto biológico como psicológico e inclusive técnico, para resolver determinados problemas que surgiam. Para não interferir muito na rotina do serviço da U.C., nessa fase

do processo os funcionários da unidade também participaram na execução de cuidados relacionados a higiene e administração de medicação, juntamente comigo. Quanto à U.T.I, por já ter atuado como enfermeira daquele hospital, todos os cuidados de enfermagem foram por mim executados com a participação do paciente.

e) Avaliação: neste estudo utilizei a avaliação do tipo narrativa sem, contudo, utilizar o SOAP sugerido por King. O registro da avaliação tornou possível a verificação das respostas do paciente frente à implementação do plano, favorecendo assim a constatação da ocorrência ou não da transação ou alcance dos objetivos. A avaliação era feita diariamente durante a prática assistencial e fazia parte do processo dinâmico de assistência ao paciente.

6 - IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA

Neste capítulo apresentarei, inicialmente, como foi a prática assistencial, em seguida apresentarei, de forma resumida, algumas situações vivenciadas com 12 dos 15 pacientes deste estudo e a interação com um paciente de maneira detalhada. Os dados de caracterização destes pacientes estão demonstrados no Anexo II.

Inicialmente a prática assistencial deu-se somente dentro da unidade coronariana. Como o período de permanência do paciente na unidade coronariana era em torno de apenas dois dias, insuficiente para avaliar a eficácia ou não da metodologia proposta, resolvi também acompanhar os pacientes por mais 3 dias na unidade para onde eram transferidos após a alta da unidade coronariana. Mesmo para aqueles pacientes que permaneciam mais tempo dentro da U.T.I também os acompanhava após sua alta daquela unidade, durante mais 3 dias. O relato dos pacientes e a interação efetuada serão descritos de duas maneiras: primeiro demonstrarei como ocorreu na prática ou seja, de maneira dinâmica sem obedecer uma ordem do proces-

so de enfermagem, e em seguida relatarei de acordo com a ordem do processo, incluindo as cinco fases que foram adotadas, bem como a relação dos problemas com os respectivos conceitos envolvidos. Esclareço que todos os relatos serão apresentados com nomes fictícios tendo em vista a preservação e respeito ao anonimato daqueles que aceitaram participar deste trabalho.

Procurei descrever os relatos enquadrando-os nos conceitos com o intuito de demonstrar como os problemas se evidenciaram de acordo com cada conceito trabalhado, embora acredite que seja muito difícil separá-los pois os conceitos na teoria estão estritamente interrelacionados.

Situações Vivenciadas com Alguns Pacientes Envolvendo Comunicação, Percepção, Interação

Quando conheci seu Augusto, ele estava no seu segundo dia de internação na Unidade Coronariana. Tinha expressão triste e era muito introvertido. Estava no quarto com outro paciente mais jovem, também com infarto agudo do miocárdio, mas com esse, pouco comunicou-se, e o mesmo acontecia com relação ao pessoal de enfermagem da unidade. Quando perguntei-lhe se gostava de conversar, respondeu-me:

" Gosto sim, mas você é a pessoa que mais conversa comigo, parece que as pessoas não estão muito dispostas a ouvir, mas todas atendem bem "

Ele havia saído da unidade coronariana há dois dias e estava na unidade de clínica médica; quando perguntei se estava gostando daquela unidade, respondeu-me:

" Estou, mas lá onde eu estava (U.C) era melhor, aqui o pessoal chega, vê a pressão, dá o remédio, sai e nem diz nada. Quando a gente pergunta como está a pressão, dizem que está boa mas não dizem quanto. Lá tinha gente sempre no quarto, davam mais atenção ".

Tentei mostrar-lhe as vantagens daquela unidade em relação a U.C, como: poder receber mais visitas e num tempo maior, poder sair da cama e ir ao banheiro, poder ver a paisagem lá fora, etc. Ele então acrescentou:

" É eu sei, mas a assistência lá era melhor, a gente se sentia mais seguro ".

Outro paciente, seu Carlos era uma pessoa muito esclarecida; tinha uma necessidade muito grande de ser informado de; todos os cuidados que recebia e sobre seu estado. Eu achava isso ótimo, estava acostumada a ver os pacientes muito passivos. Quando ainda estava na Unidade Coronariana, disse-me ele:

" Sabe, Eliane, eu gostaria de fazer muitas perguntas ao médico, mas fui chamado de repórter; aí resolvi me fechar; os médicos não gostam que se pergunte, eles não gostam de responder ".

Disse-lhe que poderia perguntar-me e se eu soubesse, responderia, mas, que deveria continuar questionando-os porque

era um direito do paciente saber sobre a doença, tratamento, exames, etc.

" É, mas para eles não adianta ", disse-me seu Carlos.

Seu Júlio, ao falar sobre a dor que sentiu e ao tratamento recebido no setor de emergência, disse:

" Eles deviam ouvir mais a gente, afinal a gente sabe o que está sentindo".

Seu Mateus sempre pareceu-me nervoso, desconfiado, falava alto e seu olhar percorria todos os cantos da U.T.I onde pudesse alcançar. Lembro-me de quando cheguei em seu quarto na unidade de clínica médica, havia saído da U.T.I há dois dias, estava em pé na porta, segurando o frasco de soro e pela sua expressão parecia nervoso. Assim que respondeu ao meu cumprimento pediu-me que entrasse no quarto. Sentou-se na cama, coloquei seu soro, que não gotejava, no suporte e disse-me:

" Que bom que a senhora chegou; esse soro desde ontem a noite que não pinga e ninguém faz nada; essa noite a moça trouxe o remédio da pressão eu não tomei, porque pedi para ela ver a pressão, ela disse que o aparelho estava estragado; a temperatura não viram porque o termômetro quebrou; tinha um eletro para fazer não me levaram para fazer; ontem não veio a janta. Aqui nada funciona, está todo mundo reclamando ".

O paciente do mesmo quarto, que também era cardiopata, reforçou o que seu Mateus relatou. Perguntei, a seu Mateus se ele havia reclamado para a chefe da unidade sobre aqueles problemas. Respondeu-me que sim e que ela alegou tudo aquilo, a falta de pessoal de enfermagem na unidade. Observei, enquanto retirava o catéter de seu braço pois estava obstruído, que haviam dois comprimidos em cima do criado-mudo. Perguntei-lhe porque não os havia tomado e respondeu-me:

" Um é o da pressão e o outro para dormir, mas eu durmo bem e como eu disse, não viram a pressão ".

Expliquei-lhe que mesmo dormindo bem deveria tomá-los e o porque. Fui até o posto de enfermagem, peguei o aparelho de pressão, estava funcionando, e verifiquei a pressão arterial de seu Mateus, e estava 210/180 mmHg. Imediatamente dei-lhe o antihipertensivo e o tranquilizante. Conversamos mais um pouco e depois fui conversar com a chefe da unidade sobre o ocorrido com seu Mateus e inclusive sobre o valor da sua pressão arterial. Depois de me ouvir, disse-me: " Eliane, seu Mateus é muito exigente e malcriado ". Mais tarde verifiquei novamente a pressão de seu Mateus, que estava em 170/110 mmHg e orientei-o a continuar em repouso.

Renato, outro paciente, o mais jovem do estudo, teve uma parada cardiorespiratória algumas horas após a sua internação. No dia seguinte ao episódio, Renato perguntou-me se poderia ver seu prontuário que estava próximo ao seu leito.

Quando perguntei-lhe porque queria vê-lo respondeu-me:

" Eu quero saber o que estão escrevendo sobre mim ", Kátia auxiliar de enfermagem, que estava em pé na porta, olhou-me assustada, mas nada falou. Peguei o prontuário e o entreguei a Renato. Começamos juntos a ler alguns registros e quando ele não entendia, perguntava-me e eu lhe explicava. Naquele momento entraram no quarto, quatro médicos. Notei a expressão de espanto de todos e os olhares entre eles se cruzaram, porém nada comentaram. O médico plantonista da noite, pediu emprestado o prontuário a Renato e este entregou-lhe. Após passar o plantão para os colegas entregou-me o prontuário que devolvi a Renato. O médico perguntou: " o que é que tú queres saber Renato ? ". Como Renato nada lhe respondeu, disse-lhe: ele quer saber como está evoluindo. O médico sorriu e saíram os quatro do quarto. Continuamos a ler e então ele fez o seguinte comentário:

" É, eu não estou tão grave não, pelo que está escrito aqui. Sabe, é tão bom quando alguém dá atenção assim para a gente; a gente se sente mais seguro, mais a vontade ".

Alguns minutos mais tarde volta o médico e pergunta: " e então Renato, o que leste ? "

" Eu li, que não estou tão grave quanto pensava, estou um pouco mais tranquilo".

O médico disse-lhe que achava que o pior já havia passado.

Depois que saiu do quarto, entra Kátia, ainda mais assustada e pergunta. " Eliane, o médico disse alguma coisa por causa do prontuário, ele brigou ?". Tranquilei-a, dizendo-lhe que nada havia ocorrido. Na verdade, eu nunca tinha feito aquilo, surpreendeu-me essa minha atitude, mas eu fiz acreditando no direito do paciente a todo o tipo de informação a seu respeito independente de que fonte seja.

Seu Carlos, veio transferido de um hospital de Bom Retiro, cidade onde morava há anos, e foi atendido na emergência do hospital X e desta encaminhado para U.C. . No seu segundo dia de internação nessa unidade, quando estávamos conversando sobre a sua doença, ele falou-me que havia uma coisa que ele não entendia. Perguntei-lhe o que:

" Porque os médicos não consideraram a dor forte quando eu reclamava ? Deixaram eu sofrer muito, até a dor chegar nos braços, eu considero isso uma falta de humanização ".

Naquele momento ele chorava, estava muito emocionado e continuou:

" Eu fiz coisa que não precisava ter feito, se eles tivessem me escutado ".

Perguntei-lhe o que havia feito.

" Eu levantei da cadeira, andei, aquela cadeira era muito apertada, eu já estava com dor no braço e ela apertava e doía ainda mais. Eles entenderam tudo errado, disseram que eu era mal edu-

cado, muito nervoso, que tinha que ser mais controlado, mas eu estava com muita dor e parece que eles não entendiam isso; eu não precisava ter passado pelo que passei."

Com relação a percepção quanto a assistência de enfermagem, disse-me seu Bruno quando ainda estava na Unidade Coronariana:

" Eu estou notando que as moças atendem muito melhor do que os homens, acho que mulher tem mais jeito, mais paciência."

Seu Mateus, disse o seguinte ao comparar a U.T.I, com as outras unidades, do mesmo hospital, onde já esteve internado:

" Eu gostei da assistência nas outras unidades, só que aqui a gente se sente mais seguro, tem mais recurso, tem aparelhos que nas outras unidades não tem, mas tem uma coisa, não dá para a gente conversar com os outros e se fica muito sozinho."

Com relação a percepção da dor e de sua condição física, disse seu Bruno:

" Está muito forte, eu não aguento mais, não dá nem para puxar o ar, eu estou muito mal, acho que vou me passar ".

Percepção e Papel

Simão tinha 32 anos, e quando teve a dor no peito, disse-me que sabia que tinha relação com o coração e que um dia

aquilo iria lhe acontecer, pois era fumante, tinha vida sedentária e seu pai era cardiopata, mas imaginava que iria acontecer bem mais tarde pois achava-se muito jovem. Quando perguntei-lhe o que representava para ele a doença, respondeu-me:

" Um transtorno, estou cheio de negócios para resolver ".

Quando fiz a mesma pergunta para seu Joaquim, ele falou-me:

" Uma tragédia, preciso trabalhar, ganho muito pouco como aposentado ".

Para dona Francisca, estar com o Infarto era uma condição imposta por uma força Divina.

" Se é essa, a vontade de Deus "

Seu Germano, contou-me de sua preocupação com o serviço que havia deixado por fazer quando teve a dor e precisou internar. Era vidraceiro e na ocasião estava trabalhando em um prédio. Certo dia disse-me que estava com um problema que não sabia como resolvê-lo e gostaria que eu lhe ajudasse. Perguntei-lhe qual era o problema.

" É, que preciso ir em casa, ficar um dia e depois eu volto, aí fico o tempo que for preciso, é que, só eu posso comprar os vidros para as janelas, e eles estão acabando e o serviço não pode parar, aí eu ia lá comprava e depois voltava ".

Para Dona Iolanda a sua maior preocupação era com os serviços de casa.

" Será que eu vou poder lavar roupa, arrumar a casa ? "

Estresse

Com relação ao conceito estresse, percebi algumas situações vivenciadas pelo paciente que me levaram a acreditar que se enquadrariam neste conceito. Descreverei três exemplos.

Renato, com apenas 28 anos, demonstrou muito, a não aceitação da doença e do exame que iria fazer. Sua voz era trêmula, seu olhar parecia pedir ajuda, e só falava quando era estimulado, movimentava muito as mãos, estava visivelmente ansioso. Perguntei-lhe se estava preocupado com tudo aquilo que estava lhe acontecendo. Ele começou a chorar e disse:

" Isso não pode estar acontecendo comigo, eles devem estar enganados, eu ando muito cansado, tenho trabalhado muito, deve ser isso, não pode ser infarto, sou muito novo para ter infarto "

Quando estava conversando com seu Augusto sobre as causas do infarto, disse-me ele:

" Sou muito preocupado e fechado, não me abro, aparentemente sou calmo, mas o que eu sou mesmo é controlado eu acho que isso é que me prejudica "

Seu Antônio, 80 anos, estava há menos de dois dias na U.C. E observei que estava inquieto no leito e falava muito. Perguntei-lhe se estava preocupado com alguma coisa.

" Estou sim, com minha mulher, ela é muito doente e sou eu quem cuida mais dela; eu não sei como ela passou essa noite. Será que ela dormiu, deve estar preocupada comigo ".

Tomada de Decisão

O conceito tomada de decisão apareceu poucas vezes neste estudo. Relatarei dois exemplos:

Seu Bruno contou-me que seu médico informou-lhe que precisava fazer cateterismo, e queria saber minha opinião a respeito. Depois de esclarecer sobre o exame, disse-me

" É, eu vou fazer, eu estava em dúvida, porque eu não sabia bem como era ".

Simão, era proprietário de uma construtora civil e estava preocupado com os vários compromissos que tinha marcado, inclusive viagens, e a hospitalização pegou-lhe de surpresa.

" Eu vou falar com o médico, eu não estou sentindo mais nada; já estou aqui há dois dias, eu preciso ter alta, mesmo que eu não possa voltar logo para o escritório, de casa eu posso despachar os negócios ".

A seguir apresento o processo de enfermagem de forma resumida implementado com estes pacientes.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM PAPEL	PROBLEMA	OBJETIVO	PLANO	AVALIACAO	Pacientes
	Comunicação, Percepção, Estresse	1- Estar afastado de seu papel de esposa.	As ações de enfermagem deverão permitir que o paciente seja capaz de: 1.1- Aliviar a preocupação de não poder no momento desempenhar seu papel de esposa; 2.1- Aceitar a condição de infartado e colaborar na sua recuperação.	Entrar em contato c/ os familiares da paciente p/ obter informações de como está sua esposa; explicar que o tempo que ficará afastado de sua esposa depende de sua recuperação e é muito importante a sua participação. Oferecer oportunidade para expressar seus sentimentos com relação à doença; demonstrar respeito seus sentimentos; ajudar a aceitar a condição de infartado prestando-lhe informações sobre a doença procurando sanar suas dúvidas e preocupações; explicar que a sua colaboração nos cuidados é muito importante para a sua recuperação.	Paciente demonstrou-se menos preocupado com a esposa, após informação de seu filho de que ela estava bem e que havia dormido bem a noite. Aceitou as orientações de enfermagem e se mostrou mais cooperativo.	Isidório
PAPEL	Comunicação, Percepção, Estresse	2- Não aceitar o papel de chefe de família. 3- Estar afastado de sua atividade profissional	3.1- Entender a necessidade de precisar ficar afastado de sua atividade profissional	aplicar que o seu afastamento da atividade profissional é temporário e necessário para a sua recuperação; discutir com ele a possibilidade de alívio de confiança assumir temporariamente a direção de seus negócios.	Paciente tem muita dificuldade para acreditar e aceitar estar com infarto. Acredito que isso só aconteceu após saber que teve um parada cardíaco-respiratória e muita explicação e orientação durante nossos encontros e também após receber explicações dos médicos assistentes.	Renato
	Comunicação, Percepção, Estresse	4- Acreditar que não pode mais desempenhar o papel de dona de casa.	4.1- Entender que a doença não a impedirá de exercer seu papel de dona de casa.	alencorar a reassumir o seu papel de dona de casa orientando-a sobre os serviços que não deverá fazer por exigir muito esforço físico; ajudar a diminuir sua preocupação oferecendo-lhe alternativas quanto a diminuir os serviços de casa.	Paciente continuou demonstrando muita preocupação por estar afastado de seus negócios e alegou que somente ele poderia resolvê-los.	Sindo
	Comunicação, Percepção, Estresse, Tomada de decisão	5- Ter que mudar de profissão.	5.1- Estar preparado psicologicamente para a necessidade de precisar mudar de atividade profissional.	ajudar a compreender que o esforço físico poderá acartar em outro infarto; discutir com o paciente alternativas de profissão dentro de sua capacidade e condição física.	demostrou compreender que poderia voltar a fazer alguns serviços de casa. Aceitou a sugestão de comprar uma máquina de lavar roupa e colocar alguém p/ ajudá-la nos serviços. Informou que com o seu dinheiro da aposentadoria mais a ajuda dos filhos isso seria possível.	Isolanda
	Comunicação, Percepção, Estresse	6- Estar afastado de sua posição de chefe de família dependendo da esposa e filho	6.1- Aceitar com naturalidade a ajuda dos familiares	aplicar que seu afastamento das obrigações de chefe de família é temporário; proporcionar fazer-lo entender que sua esposa e filhos estão satisfeitos em poder participar dessa responsabilidade; ajudar a compreender que é importante também para o crescimento pessoal de seu filho o seu envolvimento na situação.	Paciente compreendeu que precisaria mudar de profissão mas continuou demonstrando preocupação quanto a isso.	Augusto Mateus Germano Renato
					Continuo referindo não se sentir bem por sua esposa e seu filho estarem assumindo as despesas da casa mesmo estes lhe dizendo que isso não deveria preocupá-lo pois estavam bem. Aceitou ser importante para o crescimento pessoal de seu filho o envolvimento dele na situação.	Augusto

PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM O ESTRESSE	PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	Pacientes
	Comunicação, Percepção, Papel	1- Preocupada c/ os serviços de casa.	A interação enfermeira-paciente deverá se efetivar de modo a que o paciente possa: 1- Encontrar ações p/ poder controlar suas preocupações	Entrar em contato c/ os familiares da paciente p/ saber se os serviços de casa estão sendo feitos.	- A preocupação referente aos serviços de casa foi amenizada após a paciente ser informada de que os serviços estavam sendo feitos por suas filhas. Após essa informação a paciente não falou mais no assunto.	Isolanda
	Comunicação, Interação, Papel, Inação de decisão	2- Preocupado em saber de suas condições de saúde.	2.1- Manter informado sobre sua condição de saúde	Prestar informações ao paciente acerca de sua evolução (clínica) utilizando a comunicação verbal e permitir-lhe ter acesso ao prontuário se isso o tranquilizar.	Após receber informações sobre as suas condições clínicas, o paciente demonstrou desconforto e pediu para ler o prontuário. Enquanto lia pediu explicações de alguns termos a enfermeira. Após a leitura - certifique-se que estava evoluindo satisfatoriamente ficando mais tranquilo.	Renato
ESTRESSE	Comunicação, Percepção	3- Inquietação e ansiedade devido a dor intensa no peito e a percepção de morte iminente.	3.1- Estar livre da dor e complicações hemodinâmicas	Administrar o analgésico prescrito, orientar a não fazer esforços ou movimentos bruscos no leito; solicitar que verbalize e caracterize o tipo de dor sempre que ocorrer; comunicar o médico de plantão caso a dor não cesse, ficar atenta a complicações hemodinâmicas.	A dor torácica foi resolvida após a enfermeira comunicar o médico plantonista que a medicação prescrita não surtiu efeito e este ordenar a medicação. Paciente ao longo da dor leve sudorese, palidez e pele fria, frequência cardíaca aumentada e aumento do nº de extrasístoles ventriculares. Esse quadro foi revertido após cessada a dor e ter sido aumentado o gotejamento de soro contendo nitroglicerina.	Bruno
	Comunicação, Percepção	4- Não sentir suas queixas valorizadas no serviço de atendimento.	4.1- Poder verbalizar suas preocupações e queixas e senti-las valorizadas.	Encorajar o paciente a falar de suas preocupações e queixas e valorizá-las tentando atendê-lo.	Percebemos que os pacientes após serem estimulados a verbalizarem suas queixas e sentimentos e senti-las valorizadas, eles o fizeram e demonstraram menos insatisfação com o atendimento recebido.	Carlos e Júlio
	Comunicação, Percepção, Papel	5- Saudades dos familiares	5.1- Tentar superar a saudade de seus familiares.	Demonstrar respeito e compreensão qto a saudade que diz sentir dos familiares; explicar que o tempo de hospitalização não é longo; solicitar se necessário à chefe de enfermagem responsável pela unidade a permissão de maior nº de visitantes ou de outros familiares; manter o paciente informado sobre a família; procurar ser um elo de ligação entre ele e a família; demonstrar interesse em servi-lo.	As notícias trazidas pela enfermeira só amenizaram a falta que os familiares fazem aos pacientes.	Pedro Sebastião Germano Bruno André Augusto

PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM O ESTRESSE	PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	PACIENTES
	Comunicação, Interação	6- Precisar ficar hospitalizado	6.1- Contribuir-se da necessidade de precisar ficar hospitalizado e aceitar a hospitalização.	Dar com atenção o que o paciente está hospitalizado; ajudar a aceitar a hospitalização explicando-lhe o quanto ela é importante para a sua recuperação; informar que o tempo de hospitalização também depende de sua participação e colaboração e que o estresse implicará em complicações e sua condição física e consequentemente maior tempo de hospitalização; procurar meios para distrair a sua atenção.	Paciente expressou sua preocupação com notícias importantes que somente ele poderia resolver e que a hospitalização era-o de surpresa. Continuou preocupado mesmo após receber muita informação sobre a importância da hospitalização para sua recuperação física; e recebeu revistas para distraí-lo. Receber alta e hospitalizar no dia seguinte com o compromisso de continuar o tratamento em casa e ficar afastado temporariamente do trabalho.	Sindo
ESTRESSE	Comunicação, Percepção, Interação	7- Ter que fazer o catele-rismo cardíaco 8- Descontentamento com a assistência de enfermagem 9- Pessoal de enfermagem conversa pouco, não presta informação. 10- Insegurança que a assistência de enfermagem	7.1- Perceber que sua ocupação com relação ao catele-rismo cardíaco está sendo valorizada e tenta minimizá-la 8.1, 9.1, 10.1- Sentir-se melhor atendido pelo pessoal de enfermagem e mais seguro que a assistência	Encorajar o paciente a falar de suas preocupações com relação ao exame; esclarecer suas dúvidas tendo tranquilizá-lo, demonstrar compreensão pelos seus medos, atender seus pedidos quando possível.	Referiu achar precipitado fazer o exame. Receber informação a respeito do mesmo. Após informado demonstrou menos ansiedade nos pedis para falar com sua esposa. Após conversar entre si e ela com o médico, continuava preocupado porém menos e aceitou fazer o catele-rismo.	Denalo
					Após validados os problemas através de observação dos cuidados prestados pelo pessoal de enf. e depoimento de outros pacientes, foi conversado com a chefe da unidade que demonstrou resistência as reclamações e desinteresse em resolver os problemas. O paciente sempre demonstrou confiança e segurança nas informações e cuidados por nós prestados. Pacie referiu que nos dias que se seguiriam houve certa melhora no atendimento do pessoal da unidade.	Bateus
	Comunicação, Percepção	11- Sentir-se muito sozinho	11.1- Procurar distrair-se amenizando sua solidão.	Procurar junto com o paciente alternativas para amenizar o sentimento de solidão; entrar em contato com os familiares para trazerem revistas e livros atendendo a sua opção; manter sempre que possível diálogo com o paciente sobre assuntos de seu interesse e permitir que expresse seus sentimentos.	Conversado mais com os pacientes e sobre vários assuntos procurando atender seus interesses; foi solicitado aos familiares que lhe trouxessem revistas e livros de sua preferência; foi informado de que ficaria pouco tempo naquela unidade. Com essas medidas referiu sentir-se menos sozinho.	Bateus Bruno
	Percepção	12- Pensar que não poderá trabalhar mais	12.1- Procurar diminuir ou eliminar suas preocupações	Explicar que a maioria dos pacientes estão após a retornar ao trabalho cerca de 3 meses após o início do infarto dependendo do estado geral de saúde e condições cardíacas e que as vezes há a necessidade de mudança de profissão que esta exige muito esforço físico, e mudanças no ritmo de vida. Informar de que a invalidez psíquica é um grande aliado a invalidez física e precisará se ajustar.	Após receberam explicações a maioria dos pacientes demonstravam acreditar que poderiam voltar a trabalhar mas expressavam suas preocupações com a possibilidade de mudança de profissão.	Germano Bateus Lolanda Denalo Augusto Joaquim

PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM TOMADA DE DECISÃO	PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÃO DA ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM	PACIENTES
TOMADA DE DECISÃO	Comunicação/Percepção, Inter-relação	1- Decidir ou não fazer o cateterismo cardíaco	1- Após a intervenção da enfermeira o paciente deve ser capaz de: 1.1- Ter condições para decidir fazer ou não o cateterismo.	1- Ouvir o paciente; 2- Prescrever informações ao paciente à respeito do cateterismo cardíaco.	Após receber informações o paciente decidiu fazer o cateterismo	Drugo Augusto Laires
	Comunicação	2- Precisar ir em casa para resolver problemas	2.1- Aceitar a decisão médica	2- Ouvir os argumentos do paciente para querer ir em casa; 3- Demonstrar que respecta seus argumentos; 4- Servir de elo entre o paciente e o médico assistente; 5- Fazer com que compreenda que a decisão médica que for tomada nessa situação será a melhor para a sua recuperação;	Paciente aceitou a decisão médica de que ficaria no hospital somente até o final daquela semana.	Drugo Augusto Laires
	Comunicação/Percepção, Inter-relação	3- Pedir ou não alta hospitalar devido ao desconhecimento da assistência de enfermagem	3.1- Compreender a necessidade de sua permanência no hospital	3- Ouvir o paciente a respeito de sua desconhecimento com a assistência de enfermagem; 4- Prescrever esclarecimentos ao paciente sobre as implicações que sua alta hospitalar poderia trazer para a sua recuperação; 5- Falar com a chefe de enfermagem da unidade; 6- Se necessário conversar com o médico assistente sobre a possibilidade de transferir o paciente para outra unidade; 7- Valorizar suas opiniões	Paciente não solicitou alta, referiu ter ouvido uma pequena notícia na assistência de enfermagem. Leve alta hospitalar 6 dias após o episódio.	Augusto Laires
CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM CESC. DESENVOL.	PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÃO DA ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM	PACIENTES
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	Comunicação/Percepção	1- Falta de esclarecimento sobre a doença e tratamento	1- Paciente deverá ser conduzido à: 1.1- Instalar mudanças comportamentais no terreno de cuidar da saúde.	1- Estimular o paciente a verbalizar suas dúvidas com relação a doença; 2- Esclarecer suas dúvidas; 3- Prestar outras informações sobre a doença; 4- Estimular a deixar de fumar e a mudar hábitos de vida.	Paciente após orientado quanto a doença e tratamento, colaborou mais com as medidas instituídas e participou mais do tratamento. Devido a perda do contato, somente em poucos pacientes foi possível verificar mudança nos seus hábitos de vida como: deixar de fumar/dieta/controlar mais.	Augusto Laires Pedro Drugo
	Comunicação/Percepção	2- Desconhecimento sobre cateterismo cardíaco	2.1- Demonstrar interesse em conhecer sobre o exame. 2.2- Participar nos cuidados no relação ao exame	2- Incentivar a conhecer sobre o exame; 3- Explicar qual a sua finalidade, como é realizado, o tempo médio necessário para a sua realização, com dificuldades do paciente necessárias para a sua realização, quando após a realização.	Paciente foi orientado quanto ao exame e colaborou nos seus cuidados após sua realização.	Augusto Laires Pedro Drugo
	Comunicação/Percepção	3- Desconhecimento sobre a relação sexual após o infarto	3.1- Entender a relação entre o infarto e a atividade sexual 3.2- Aceitar a abstinência sexual temporária como necessária a sua recuperação física.	3- Explicar sobre a relação que existe entre a relação sexual e a cicatrização do músculo cardíaco; 4- Orientar a retomar a atividade sexual somente após a confirmação de que houve cicatrização do músculo que é verificado através de exames e após a realização do teste de esforço; 5- Informar que o retorno a atividade sexual pode levar semanas ou meses dependendo das suas condições cardíacas; 6- Conversar com a esposa a respeito;	Paciente demonstrou entender a relação infarto e atividade sexual, quanto ao objetivo 2 não foi possível avaliar. Foi conversado com a esposa de somente alguns pacientes.	Augusto Cerezo Pedro Augusto Laires

Minha Interação com o Sr. Paulo

Com o objetivo de demonstrar de forma mais detalhada como ocorreu a prática assistencial, será relatado essa prática com um paciente. O relato contempla a assistência de enfermagem na U.T.I; na unidade de clínica médica e a visita domiciliar, na 2ª etapa do estudo.

Eram 15:30, quarta feira, dia 17-01-90, um terrível sol envolvia a cidade, quando telefonei de casa para o Centro de Tratamento Intensivo do Hospital local, coisa que vinha fazendo quase diariamente, para saber se havia internado paciente com infarto agudo do miocárdio. Alguém do outro lado atendeu, era a enfermeira - responsável pela enfermagem do centro de tratamento intensivo. Quando atendia o telefone, parecia sempre apressada, cansada e mal humorada. Eu até entendia, afinal já fui enfermeira responsável por essa U.T.I com poucos funcionários, mal remunerados e a maioria insatisfeito com a profissão, fazendo desta somente o seu ganha pão. Sempre procurava falar com a enfermeira porque era ela quem realmente sabia informar sobre os diagnósticos dos pacientes que ali estavam. Algumas vezes na sua ausência, procurei me informar com os funcionários, mas eles, na maioria das vezes se mostravam duvidosos ou simplesmente desconheciam a causa da internação dos pacientes na U.T.I. Sabia eu, que não era por má vontade, pois sempre me

relacionei bem com todos, e sim por falta de conhecimento mesmo.

Quando lhe perguntei, se havia paciente infartado, respondeu-me : " Hoje tem Eliane, internou ontem a noite, é um senhor ". Falei, então, que iria no dia seguinte e ficaria das 7:00 às 17:00 horas.

Quando desliguei o telefone comecei a ensaiar como iria me apresentar ao paciente, como se isso fosse a primeira vez, sem levar em conta que este seria o décimo quarto paciente do meu estudo. Sentia-me ridícula em fazer aquilo, mas precisava treinar para que nada desse errado, para que, não somente o paciente aceitasse participar do trabalho, como também se interessasse, e que eu pudesse aplicar a metodologia proposta, sem muitas falhas.

Cheguei no hospital mais ou menos às 6:25 H e não encontrei ninguém nos corredores até a chegada no elevador que dava acesso a U.T.I e demais unidades do hospital. Entrei na U.T.I, e no banheiro dos funcionários, coloquei meu uniforme e por cima deste o avental verde da unidade. Entrei na copa que também era usada como sala de reuniões e guardei minha roupa e bolsa no armário que era de uso dos funcionários para guarda de pertences. Até aquele momento não tinha encontrado ninguém da unidade. Peguei minha pasta com alguns papéis e um

livro e me dirigi para o "salão" da U.T.I onde ficam a maioria dos pacientes da unidade.

Entrei na sala de escrituração onde estavam reunidos e conversando, três funcionários que haviam dado plantão naquela noite e o médico plantonista. Perguntei em que leito estava o paciente com infarto. Um deles logo respondeu: "é o seu Paulo, está no leito 1, internou à noite passada, mas está bem, sem dor". Agradei e peguei a prancheta com as prescrições e evoluções médicas, evoluções de enfermagem, folhas de controle, exames, etc, do seu Paulo e sentei para ler com calma e inteirar-me das condições de saúde do seu Paulo antes da passagem de plantão, (informações sobre as condições do paciente e cuidados realizados, dados pela pessoa que o assistiu em um determinado período para outra (s) que continuará (rão) assistindo-o).

Durante a leitura pude observar, o que não era de estranhar, que poucas informações haviam sobre as condições de saúde de seu Paulo. Segundo os registros de enfermagem, muito resumidos, seu Paulo internou na UTI no dia 16 às 20:00 H encaminhado do pronto socorro, em maca, apresentando sudorese, dor pré-cordial intensa e palidez. O registro médico feito no dia da chegada do paciente na U.T.I informava que a dor pré-cordial era prolongada e de forte intensidade, acompanhada de palidez e sudorese, a pressão arterial de 120x80 mm Hg,

rítmo cardíaco sinusal, com extrassístoles ventriculares esporádicas. O eletrocardiograma indicava corrente de lesão subepicárdica ântero-septal e lateral alta. Dos exames laboratoriais, havia somente dosagem enzimática - importante para o diagnóstico do infarto e determinação da extensão da lesão no músculo cardíaco - com o seguinte resultado: CPK-MB de 29 U/l, considerada elevada.

Continuei lendo o prontuário à procura de maiores informações sobre seu Paulo o qual até o momento ainda não tinha visto a não ser de passagem, quando entrei no C.T.I mas sem saber quem era ele. As informações diziam respeito somente ao seu aspecto físico ou seja: sinais vitais, eliminações, coloração da pele, presença ou não de dor etc. O registro de enfermagem do dia 17 informava que os sinais vitais estavam normais, que o paciente não apresentou dor, rítmo cardíaco normal, diurese de 600 ml, acianótico. O registro médico informava que havia melhora do quadro, assintomático, rítmo cardíaco regular, sinusal, pulmões com estertores faces laterais, abdômem flácido, membros inferiores sem problema, afebril, normotenso, com diurese de 600 ml.

Constatedei ainda, no prontuário, as medicações que o paciente estava recebendo, tais como: antiarrítmico, vasodilatador coronariano, anti-hipertensivo, anti-coagulante, analgésico, anti-agregante plaquetário e soro glicosado a 5% com potássio mais xilocaina.

No dia 17 foi solicitado novamente dosagem enzimática e pelo resultado 44 U/l, observei que houve um aumento da lesão e o potássio estava em 4,80 m Eg/l. Pude ver no prontuário também, que o médico plantonista solicitou Rx de tórax PA e Perfil e fez a seguinte declaração: " discreto aumento da área cardíaca, hilos túrgidos, redistribuição do fluxo pulmonar com maior acentuação da vascularização a direita e com elevação aparente da hemicúpula deste lado (fase inicial de edema agudo de pulmão ?)". Foi solicitado ainda neste dia eletrocardiograma que não fiquei sabendo o resultado pois o mesmo não se encontrava no prontuário nem havia registro da leitura pelo médico.

Procurei ainda, dados que identificassem seu Paulo e constava que tinha 63 anos, casado, aposentado, religião católica, residente em Itajaí. O diagnóstico dado pelo médico foi Infarto Agudo do Miocárdio. Havia também o telefone em caso de aviso.

Assim que terminei de ler o prontuário - 7:00 horas - chegou a enfermeira, chefe da unidade, e logo em seguida outros funcionários. Naquele momento os funcionários do turno da noite começaram a passar o plantão. Neste C.T.I cada funcionário fica responsável pelos cuidados de três a quatro pacientes. Cada um deles passa o plantão dos pacientes que ficaram sob seus cuidados para todos os funcionários do próximo turno, devendo também ouvir a passagem de plan-

tão dos demais pacientes assistidos pelos colegas do seu turno. Eu sempre assistia a passagem de plantão de todos os pacientes para poder me inteirar e prestar alguma informação caso fosse solicitada, porém, neste dia resolvi não o fazer, pois iria me atrasar muito nos cuidados a seu Paulo, uma vez que a unidade estava lotada com somente um leito vago e já eram 07:00 horas.

Saí da sala de escrituração e fui até onde estava o seu Paulo. O leito 1, ficava à esquerda de quem entrava na unidade próximo as duas portas de entrada, uma de pacientes e a outra de funcionários, visitas etc. A frente do boxe era aberto permitindo uma visão total de quem entrava e saía da unidade; a cabeceira da cama ficava encostada na parede bem próxima de uma janela ampla. A figura 3 abaixo tenta mostrar a localização do leito ocupado pelo seu Paulo.

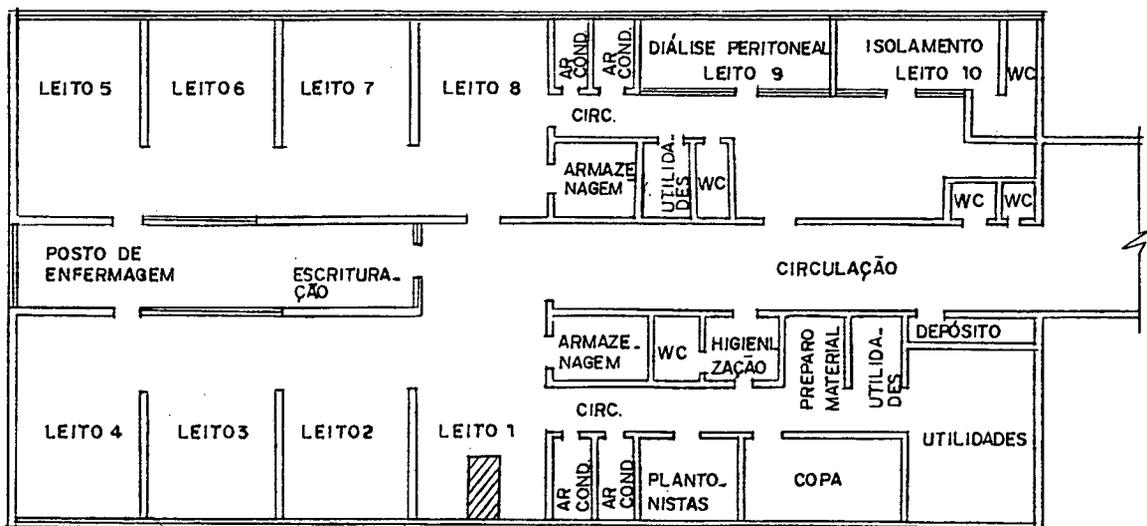


Figura 3 - Localização do leito do Sr. Paulo

Ele estava deitado, com a cabeceira da cama elevada, acordado, coberto com um fino lençol, com o tórax descoberto onde se podia ver os três eletrodos (placas que captam a atividade elétrica do coração e a transmitem através de fios para o monitor, pelo qual se pode observar o traçado eletrocardiográfico, o ritmo e a frequência cardíaca) e indicava que não havia alteração de ritmo e frequência, mas observei que no traçado havia inversão da onda T indicando isquemia miocárdica. Também, estava recebendo oxigênio por catéter nasal.

Aproximei-me da cama e cumprimentei seu Paulo, que respondeu ao cumprimento com um sorriso largo. A primeira impressão pareceu-me muito simpático e acessível, demonstrando estar bem, fisicamente. Não era o que eu esperava diante das informações contidas no seu prontuário. Pensei que fosse encontrar um paciente grave. Achei ótimo encontrá-lo bem, visto que assim poderia participar mais ativamente da assistência e era o que eu queria e o que iria lhe propor. Ele tinha cabelos grisalhos, rosto marcado por rugas - que não eram poucas - pele clara, olhos castanhos, devia pesar uns 65 Kg e ter mais ou menos 1.70 cm de altura.

Depois de responder ao meu cumprimento perguntou: " não tem um cafézinho ?". Respondi que ainda não, que só eram 7:10 e que o café chegava mais ou menos às 8:00 horas. Eu conhecia todas as rotinas da unidade, afinal trabalhei ali quase 3

anos como enfermeira.

Observei que seu Paulo ficou desapontado com minha resposta, ficou com expressão um pouco triste. Perguntei-lhe se costumava tomar café cedo e respondeu-me que sim, que levantava todos os dias às 5:30 ou 6:00 e fazia o café. Disse-lhe, então, que podia imaginar a sua vontade de tomar um cafézinho. Perguntei-lhe o que achava da idéia de tomar um banho ali na cama, enquanto não vinha o café. Ele respondeu-me que achava a idéia boa e disse-me que não precisava trocar a roupa de cama, porque " eles " (funcionários) trocaram há pouco tempo, justificando que havia virado urina do papagaio. Naquele momento chegaram os funcionários para a passagem de plantão. Esclareço que cada relato de paciente é realizado junto ao leito e como a passagem de plantão iniciou com o paciente do leito 5, tinha chegado a vez do seu Paulo.

Como o boxe era pequeno, alguns funcionários ficaram ao redor do leito e outros fora do boxe - e é claro que se entrasse alguém naquela hora, na U.T.I, não conseguiria ver o seu Paulo. Eu estava ao lado da cama próxima a cabeceira, atenta a passagem de plantão, que na verdade acrescentou muito pouco ao que já conhecia. A funcionária informou somente os sinais vitais, que estavam todos normais, mas mesmo assim perguntei-lhe se não teve extrassístoles à noite e respondeu-me que não, informou ainda que o paciente não se queixou de dor, que dormiu bem e que o soro que estava recebendo

(S.G 5%, 500ml com 75 ml de xilocaina) era a última fase da prescrição do dia anterior. Eu já havia notado que o frasco estava quase cheio (falta de controle ?). Completou a passagem de plantão, dizendo que a diurese tinha sido de 600ml. Perguntei-lhe se seu Paulo tinha evacuado, respondeu-me que não. O paciente informou-me, então, que há 3 dias não evacuava. Como ninguém perguntou mais nada, a funcionária que era uma auxiliar de enfermagem, despediu-se de seu Paulo e este lhe desejou um bom descanso e agradeceu os cuidados. Ela continuou com todo o pessoal para passar o plantão dos pacientes que estavam nos leitos dois, três e quatro.

Perguntei à Seu Paulo se ele tinha material para higiene oral etc. Ele respondeu-me que não, que a família queria trazer tudo aquilo para ele, inclusive roupa, mas os funcionários disseram que não podia ficar nada na unidade. Falei-lhe então que não tinha problema, que daríamos um jeito e sugeri que à tarde quando alguém de sua família viesse visitá-lo pediríamos a eles que trouxessem os materiais. Expliquei a seu Paulo que no C.T.I não podiam ficar: roupas, dinheiro etc, mas que material para higiene, sim.

Enquanto conversava com ele, tinha a impressão de já tê-lo conhecido há mais tempo, estávamos nos dando muito bem e sentia que iríamos trabalhar juntos, na sua recuperação, sem nenhuma dificuldade, e isso deixou-me mais tranquila. Pedi licença a seu Paulo e fui preparar o material para a sua

higiene e isso já eram 7:30.

Quando retornei com o material seu Paulo perguntou o meu nome. Foi então que percebi que mais uma vez não havia me apresentado e muito menos havia dito à ele o meu objetivo ali. Ai questionei-me se aquele meu comportamento era inconsciente ou não. Por incrível que possa parecer eu mesmo tinha dúvida. O fato de não ter dito o meu nome foi provavelmente pelo vício de nunca fazer isso, mas quanto a não dizer quem eu era e o que estava fazendo ali, foi, acredito eu, medo do paciente não me aceitar por estar ali como aluna desenvolvendo um trabalho que ele não saberia, e nem eu, se daria certo, apesar de fazer pensamento positivo. Mas o medo passou quando seu Paulo, após dizer-lhe o meu nome, o que fazia, onde trabalhava e qual era o meu objetivo dando-lhe assistência, disse-me que achava meu trabalho muito bom e explicou assim: " a gente pode ajudar muito quando deixam; a gente sabe como se sente e nós precisamos conhecer o que temos para ajudar mais a ficar bom, e é bom também porque a gente sente falta de alguém para conversar, para explicar como a gente está; alguém que se interesse quando se está aqui doente ".

Depois de ouvir isso de seu Paulo concluí que ele aceitaria participar do trabalho, mas mesmo assim perguntei-lhe se concordaria e respondeu-me que sim, já que era para o seu bem é claro que aceitava, e me fez a seguinte pergunta: " então quer dizer que se esse trabalho é seu para o curso que está

fazendo e se não é funcionária aqui do hospital, você não recebe nada, não ganha por isso ? ". Respondi que não recebia nada, mas que era gratificante o que eu fazia e que gostava muito. Seu Paulo comentou sorrindo: " é, dá para notar que gosta do que faz ". Enquanto conversava com ele, eu o imaginava uma pessoa independente, decidida, de temperamento forte.

Como se encontrava bem, e no 3º dia do infarto, achei melhor, nem o questionei, que ele mesmo fizesse sua higiene, talvez ficasse constrangido se eu ficasse junto. Pensando assim, coloquei próximo a ele todo o material de higiene e lhe pedi que me chamasse se precisasse de alguma coisa pois eu estaria ali perto.

Seu Paulo disse-me que tudo bem, agradeceu, começou o lavar o rosto e me perguntou se dava para eu retirar aqueles fios do seu peito (eletrodos + fios que ligam ao monitor). Respondi-lhe que sim, desliguei o monitor (que ficava num suporte preso à parede acima da cabeceira a mais ou menos um metro) e retirei os eletrodos. Perguntei-lhe se precisava de mais alguma coisa. Como respondeu-me que não, saí, e coloquei um biombo de madeira, que havia na unidade, em frente ao boxe para respeitar mais a sua privacidade.

Enquanto seu Paulo tomava banho no leito, fui até a copa do C.T.I para ver se a copeira já havia trazido o café dos pacientes. Já eram 7:50 e ainda não tinha chegado. Pensei: Coitado do seu Paulo ! Deve estar pensando no seu cafézinho. Se estivesse em casa provavelmente já teria tomado até aquela hora vários cafézinhos. Ouvi, quando voltava para junto de seu Paulo, que outros pacientes também estavam pedindo café, e os funcionários respondiam que ainda não tinha vindo.

Como seu Paulo não me chamava, perguntei-lhe pelo lado de fora do biombo, se estava tudo bem e se eu podia entrar. Respondeu-me que estava tudo bem e que já havia terminado. Afastei um pouco o biombo, entrei e ao tocar na sua perna, vi que estava úmida, peguei então a toalha e lhe disse que iria secá-la e foi então que percebi que havia na perna direita, próximo ao joelho, uma saliência acentuada que lembrava um " Lipoma " e então lhe perguntei se doia e se sabia o que era. Respondeu-me que tinha aquilo há anos, que os médicos disseram-lhe que era gordura embaixo da pele, que muita gente tem, mas que " se eu - continuou ele - não quisesse operar, já que não incomodava, não precisaria ". Acrescentou, ainda, " como não dói, só quando eu ando muito, então não operei e depois se for operar, acabam cortando uma veia aí perto e é pior ". Respeitei a opinião dele, pois demonstrou muita convicção no que estava falando, e não tocamos mais no assunto.

Após terminar de secar as pernas, sequei melhor seus braços e foi então que verifiquei que estava apresentando, no local onde estava instalado o soro, braço direito, hiperemia, edema e a pele estava quente. Fechei imediatamente o soro e perguntei-lhe se não estava sentindo dor naquele local. Respondeu-me que só sentia quando " eles " colocavam a injeção, mas só o soro correndo não. Mostrei à ele como estava seu braço e pedi que colocasse sua outra mão em cima do local para verificar o calor da pele. Ele assim o fez e disse-me então " é está quente sim, vermelho e inchado e isso não é normal, mas eu olhava para o soro e estava pingando, aí eu achei que estava tudo bem, e como não sentia nada..."

Expliquei à seu Paulo que isso acontecia quando o soro não estava mais entrando na veia e sim na pele e que a vermelhidão era inflamação da veia, mas que eu iria passar uma pomada no local para desinchar mais rápido e melhorar o inflamação e colocaria o soro no outro braço. Perguntei-lhe o que achava, e então me lançou outra pergunta: " será que já não veio o café ?. Se veio eu tomo primeiro e depois você coloca o soro, não acha melhor ? Respondi que achava uma boa idéia e que então só iria retirar o soro e assim ele ficaria com o braço livre para tomar o café. Achou muito boa a sugestão.

Antes de ir até o posto de enfermagem pegar o material para retirar o soro de seu braço, perguntei-lhe se havia lavado as costas, o que achava difícil que o tivesse feito. Ele

respondeu-me que não e então lembrei de perguntar se gostaria que eu o fizesse e disse-me que sim. Como a água estava fria, levei a bacia até a sala de utilidades, despejei a água e coloquei água quente. Lavei e sequei as costas de seu Paulo rapidamente, estiquei o lençol da cama, que estava sêco e limpo, com a sua ajuda e troquei a fronha procurando deixá-lo confortável. Após retirar o soro, retirei também o catéter de Oxigênio pois iria trocá-lo. Retirei o biombo colocando-o encostado à parede do lado de fora do posto de enfermagem, bem próximo ao boxe de seu Paulo e levei as bacias, toalhas, luvas etc para a sala de utilidades. No caminho observei que havia chegado o café - isso já eram 8:05 H.

Enchi uma caneca de café com leite - seu Paulo já havia me dito que gostava - peguei duas fatias de pão com geléia, que parecia ser de morango, mais quatro bolachas salgadas, coloquei tudo num pires grande e levei para o seu Paulo que a esta altura devia estar impaciente e faminto, afinal a última refeição que havia feito, segundo anotações no prontuário, foi no dia anterior às 18:30, quando tomou um prato de sopa.

Quando chego com o café vejo a expressão de satisfação dele, que me pergunta : " você quer tomar café comigo Eliane ?". Agradeçi-lhe e respondi dizendo-lhe, que não costumava tomar café aquela hora, e que tomaria mais tarde. Na verdade, eu estava com vontade sim, mas não aceitei porque achei que não ficaria bem eu sendo enfermeira, tomar café com

o paciente. Coloquei o café sobre a mesinha de refeição bem próxima à ele, levantei mais a cabeceira, coloquei uma toalha de rosto na sua frente e perguntei se precisava de ajuda. Respondeu-me que não e agradeceu. Desejei-lhe bom apetite e disse-lhe então que iria preparar sua medicação das oito horas, que estava um pouquinho atrasada e que se precisasse de algo, chamasse, que eu ouviria pois estaria ali perto.

Eram 8:10 quando terminei de preparar e conferir a medicação oral e subcutânea do seu Paulo, o material para punção venosa e para verificação dos sinais vitais. Coloquei tudo, mais o tubo de pomada, antitrombótico, em duas bandejas pequenas de inóx e levei para o boxe. Ele já havia tomado todo o café, comido todo o pão e deixado somente uma bolacha.

Perguntei: estava bom seu Paulo ?. Matou quem queria lhe matar ?, Quer mais café ?. Respondeu-me sorrindo, que estava muito bom, que se sentia satisfeito e agradeceu.

Antes de administrar a medicação de seu Paulo, recoloquei os fios do monitor no seu peito e liguei o aparelho. O monitor registrava a frequência cardíaca de 84 b.p.m, ritmo sinusal, o traçado se mantinha inalterado, ou seja, permanecia a inversão da onda T, mas sem arritmia cardíaca. Perguntei a ele se sabia para que serviam aqueles fios presos no seu peito e aquele aparelho. Ele respondeu-me que não, mas que imaginava que era para alguma coisa do coração e queria saber.

Disse-lhe então que assim que eu terminasse de verificar os sinais vitais e administrar a medicação eu lhe explicaria e que ele estava certo quando pensava que era alguma coisa relacionada com o seu coração. Falou-me que tudo bem e perguntou se iria colocar a pomada e o soro. Respondi que sim, que já estava com todo material ali. Lembrei-me de recolocar o catéter de oxigênio e lhe expliquei porque estava recebendo Oxigênio.

Verifiquei os sinais vitais e assim que terminei seu Paulo perguntou-me se estava tudo bem. Respondi que sim e disse-lhe os valores T: 36,5°C, F: 84 b.p.m, R: 20 m.p.m e P.A. 12x8 mmHg. Em seguida anotei todos na folha de controle que ficava ao pé da cama em uma prancheta.

Perguntei à seu Paulo se sabia para que serviam os remédios que estava tomando. Disse-me que não e acrescentou: " eles me dão e eu tomo ". E o Sr. quer saber ?. Perguntei-lhe. Respondeu-me que sim, que era bom saber, para " ficar bem por dentro ". Sua resposta curta não me convenceu, mas mesmo assim expliquei para que serviam os medicamentos (vasodilatador, o antihipertensivo), que estava lhe dando. Notei que me ouvia com atenção.

Quando terminei, perguntei se havia entendido e respondeu-me que sim. Disse-lhe, então, que iria puncionar a veia e achava melhor que fosse no outro braço. Ele concordou e pe-

diu-me que não esquecesse de passar a pomadinha no local onde antes estava o soro. Falei que faria assim que terminasse de aplicar a medicação e instalar o soro. Concordou e disse-me que não tinha pressa.

Antes de aplicar o anticoagulante por via subcutânea, mostrei-lhe quais os locais que poderia ser aplicado e então perguntei se tinha preferência por algum. Disse-me, então, que poderia ser na coxa, na parte da frente (vasto anterior) e perguntou-me para que servia aquela medicação pois eu não havia lhe dito. Expliquei que era para evitar que se formasse bolas de sangue, coágulos, dentro do vaso, porque se isso acontecesse iria entupir o vaso e não chegaria sangue suficiente no coração. Mais uma vez, perguntei-lhe se havia entendido o que acabava de lhe explicar e respondeu que sim e acrescentou, " mas ela é doidinha ". Falei-lhe que a maioria dos pacientes diziam o mesmo, mas eu iria aplicar bem lento para não doer muito. Agradeceu-me e disse : " eu suporto, tem coisas piores, a dor que senti quando vim para o hospital foi a pior do mundo, pensei que não fosse aguentar, que ia morrer de tanta dor, essa da injeção não é nada perto da dor que senti ".

Assim que terminei de administrar a medicação e instalar o soro, fui colocar em ordem o boxe de seu Paulo, que era como todos os outros do C.T.I, mais ou menos 03 m², o que dificultava em muito, a movimentação da enfermagem ao redor do

leito. Após deixar em ordem a unidade do seu Paulo apliquei a pomada em seu braço. Enquanto isso, perguntei-lhe o que estava fazendo na hora que teve a dor. Respondeu-me que era sapateiro e fazia sacola de lona de curvim e de couro e " estava trabalhando ontem a tarde quando senti ", conta ele " uma dor no peito fraca mas continuei a trabalhar ". Eu trabalho em casa, num ranchinho nos fundos do quintal e lá eu corto as sacolas e a filha que é desquitada e tem dois filhos um de 9 e outro de 4 anos, é quem costura ".

Eu gostava de ouvir seu Paulo falar, ele prendia minha atenção, falava correto e claramente e tinha um bom tom de voz. " Continuei a trabalhar ", me dizia ele, " e a dor voltou, aí parei e fui para casa. Quando minha mulher me viu, se assustou e perguntou o que eu tinha, me disse que estava muito branco. Respondi que estava com um pouco de dor no peito mas que ia passar, que era só deitar um pouco e passava. Ela perguntou se não era melhor ir ao médico, eu disse que não, que já ia passar. Ela ficou preocupada e foi fazer um chá, mas a dor aliviou de novo, depois que deitei. Aí o telefone tocou, era o meu genro e nós conversamos (...). A dor voltou depois de uns dez minutos de eu ter desligado o telefone e aí veio violenta, eu vi a morte pela frente, suei um montão, molhei toda a camisa, minha mulher disse que eu fiquei da cor de um papel. Aí, logo chegou minha filha, me colocaram num carro e me trouxeram no pronto-socorro e chamaram o médico de coração, ele disse que eu precisava ficar internado no C.T.I

porque eu estava com um problema no coração e precisa de maior controle ”.

Seu Paulo interrompeu sua história com a chegada de um funcionário no boxe, perguntando se eu estava com o rolo de esparadrapo. Respondi-lhe que sim e lhe entreguei. Ele perguntou então à seu Paulo como estava se sentindo, e este lhe respondeu que muito bem, que tinha uma enfermeira só para cuidar dele e sorriu. O funcionário, também sorriu e disse com aquele seu jeito educado ” isso não é para qualquer um, né seu Paulo ” e saiu.

Queria ouvir mais seu Paulo falar sobre a sua experiência com a doença. Observei que em momento algum ele referiu a palavra infarto, o que me levou a pensar que talvez desconhecisse o diagnóstico da doença. Lembro-me de ter perguntado à enfermeira, logo cedo, se ele sabia do diagnóstico e ela respondeu-me que não tinha conhecimento desse fato.

Naquele dia, o movimento dentro do C.T.I era intenso, e isso sempre acontecia quando a unidade estava repleta de pacientes e principalmente no período da manhã quando se realizam os maiores cuidados de enfermagem, exames médicos e de rotina, entrada e saída de pessoal de laboratório, banco de sangue, Rx etc. Conhecendo bem a rotina da unidade, eu não me perturbava com tudo aquilo, mas preocupava-me como estaria se sentindo seu Paulo e os demais pacientes. E como se não bas-

tasse todo esse movimento contribuindo para fazer da unidade um ambiente estressante, havia ainda o barulho provocado pelos próprios funcionários, que falavam muito alto.

Continuando minha conversa com seu Paulo, perguntei-lhe o que pensou que fosse quando teve a dor. Respondeu-me que não sabia, mas que achou que fosse por causa do cigarro que há mais ou menos 2 meses vinha fumando, "um cigarro muito forte", disse ele, " porque era mais barato, e de lá para cá venho sentindo um cansaço, um ardumezinho no peito, não posso carregar nenhum peso que sinto falta de ar e quando ando muito, dói a barriga da perna".

Fazendo uma pausa e meio sem jeito, seu Paulo perguntou-me: " Você é casada Eliane ? " Respondi-lhe que não e curiosa perguntei porque ele queria saber. Novamente ele faz uma pausa e ainda mais sem jeito diz que quer me dizer uma coisa. Percebi, que devia ser uma coisa muito importante e precisava deixá-lo mais a vontade e encorajá-lo a falar. Lembrei então de dizer-lhe que devia me contar e perguntar tudo que tinha vontade, principalmente se o assunto dizia respeito à seu problema de saúde ou ao seu bem estar ", afinal, continuei, foi isso que combinamos, não foi ?.

"Está bem", disse ele, "eu acho que mesmo você sendo solteira, dá para falar o que eu quero ". "Sabe", continuou,

quando eu faço sexo com minha mulher, eu sinto muita falta de ar e um ardume no peito. Ela há tempo vem dizendo para mim procurar um médico, mas aí eu meloro e não procuro, mas na verdade eu sabia que se fosse no médico ele ia mandar eu parar de fumar ”.

Enquanto escutava seu Paulo, pensava em como lhe explicar o que lhe acontecia durante a relação sexual. Deparei nesse momento com dois problemas: um deles era a dificuldade que eu tinha para abordar sobre o sexo; sentia-me pouco a vontade, apesar de que em outras ocasiões eu mesma tenha iniciado o assunto, quando o paciente não o fazia, por achar de máxima importância a relação sexo e infarto. O outro problema era o fato de desconhecer se o seu Paulo sabia que teve o infarto e o que isso significava para ele, nós ainda não tínhamos conversado sobre isso; mas, talvez fosse a hora, pensei.

Perguntei-lhe se sabia qual era a sua doença. Respondeu-me que não mas que sabia que era um problema no coração que o Dr. Sebastião lhe falou. Perguntei-lhe então, se gostaria de saber qual era o problema e porque acontecia. Ele olhou-me bem fixamente, mas com uma expressão tranquila, e respondeu-me que sim, que queria saber. Porque o Sr. quer saber seu Paulo ? ” Por que aí eu me cuido mais, para não acontecer de novo, como eu lhe disse, eu pensei que fosse morrer, que não havia remédio algum no mundo que pudesse tirar aquela dor tão forte, só mesmo a morte. Eu nunca pensei que fosse pro-

blema do coração.

Seu Paulo parou de falar com a entrada, na U.T.I, de dois funcionários empurrando uma maca com um paciente inconsciente, cianótico, ventilando com " ambú " (respirador manual) por um terceiro funcionário. Ele ficou atento ao tumulto que se formava e perguntou-me: " o que será que houve com ele ? " respondi-lhe que não sabia, mas que mais tarde iria procurar saber e lhe diria.

A enfermeira mandou que colocassem o paciente no leito 5 e ouvíamos andares apressados e vozes. Eu podia imaginar tudo que estava acontecendo, pois se tratava de uma reanimação cardiorespiratória, mas não o seu Paulo, que provavelmente estaria imaginando uma outra coisa, a qual, eu não podia imaginar. Alguns minutos depois os três funcionários saíram levando a maca vazia.

Perguntei-lhe se poderíamos continuar a falar sobre o seu problema de saúde e respondeu-me que sim, que não havia esquecido não, e, pareceu-me tranquilo. Quiz saber de seu Paulo se ele já tinha ouvido falar de infarto agudo do miocárdio. Respondeu-me que sim mas que não sabia o que era. Expliquei-lhe então o que é o infarto (ferida que acontece no coração quando não chega sangue suficiente, porque o vaso que leva o sangue está entupido). Pedi-lhe licença e fui apanhar o livro que havia trazido com o desenho do coração e as coroná-

rias (estava na sala de escrituração em cima de um armário). Quando terminei de lhe explicar o desenho e porque ocorria o infarto, disse-me: " Eu nunca tinha visto uma fotografia do coração assim, não tinha nem idéia de como era, com essas veias todas " .

Perguntei se havia entendido o que é o infarto e respondeu-me que sim. Pedi-lhe então que me dissesse, com suas palavras, o que havia entendido. Para minha satisfação pude checar que havia entendido realmente. Depois disso, disse-lhe que sua doença era um infarto.

Percebi que não ficou surpreso com a minha notícia, e era exatamente isso o que eu queria. Perguntou-me então, porque entupia a " veia " que leva o sangue para o coração. Expliquei-lhe as várias causas, mas dei mais ênfase ao cigarro, à comida com gordura e ao estresse. Enquanto explicava pediu-me se eu não podia abaixar um pouco a cabeceira da cama. Nesse meio tempo também verifiquei seus sinais vitais que continuavam normais com excessão da PA. 10x6 mmHg. Anotei-os na folha de controle e mais 400 ml de urina.

Seu Paulo revelou-me, então, que sua comida sempre foi com muita gordura, que sua esposa e filhos sempre lhe diziam, que isso um dia ia lhe fazer mal, mas ele dizia que não. E quanto ao cigarro, seu Paulo , desde quando o Sr. fuma ?, perguntei-lhe. " Mais ou menos 50 anos ", respondeu-me ". Mas

nunca deixou de fumar ? Respondeu-me que não. Quando perguntei quantos cigarros fumava por dia respondeu-me que fumava uma carteira.

Orientei-lhe então, que se quisesse viver mais e não voltar a ter, novamente o infarto teria que se cuidar bastante, seguir todas as orientações do médico e todas àquelas que eu lhe daria inclusive deixar definitivamente de fumar e não comer comida com gordura, podendo assim ter uma vida normal, mas com algumas mudanças no seu modo de viver. " Vou fazer tudo direitinho, eu quero que você diga tudo isso também para minha mulher e meus filhos, é bom eles saberem ".

Está bem, eu vou falar com eles no horário de visita, se não for aqui no C.T.I vai ser na unidade, que é para onde o Sr. vai quando sair daqui, afinal, continuei, vou visitá-lo enquanto estiver no hospital e aí vai dar para conhecer e conversar com o seu pessoal, e eu também acho importante que eles saibam o que o Sr. tem e o que devem fazer para ajudá-lo e a eles também.

Vendo que seu Paulo havia desviado o olhar, tratei de ver o que estava acontecendo. O paciente que havia entrado alguns minutos antes, estava saindo carregado em maca, agora totalmente coberto com um lençol branco. Comentou seu Paulo " coitado, acho que não se cuidou ". Talvez estivesse doente e sofrendo há muito tempo. Disse-lhe então. "é pode ser, Eliane,

se foi assim, descansou ”.

Naquele momento acabava de chegar seu médico assistente que cumprimentou-nos, e perguntou a seu Paulo como ele estava. Este respondeu-lhe que estava muito bem, que não sentiu mais dor e que estava sendo bem cuidado.

Quando terminou o exame, o médico disse a seu Paulo que ele ficaria mais um dia no C.T.I para a realização de mais alguns exames de controle, mas que estava evoluindo muito bem. Seu Paulo disse, que tudo bem, que não se importava de ficar ali, que se precisasse ficar mais dias não teria problema. O médico olhou - me, deu um sorriso, e despediu-se entrando na sala de escrituração para prescrever.

Em meio há tantas interrupções, ainda não havia explicado a seu Paulo o porque do seu cansaço e ardume no peito durante a relação sexual. Perguntei-lhe se gostaria de retornar o assunto e ele prontamente respondeu-me que sim. Àquela altura, já me sentia a vontade para falar sobre o assunto. Expliquei-lhe que durante a relação sexual o coração trabalha muito mais e por isso precisa que os vasos que levam sangue para alimentá-lo estejam sem problema. Se houver algum entupimento nesses vasos, continuei, não chegará sangue suficiente no coração e aí a pessoa sente aquele queimor no peito o que significa que o coração está debilitado ou seja tem algum problema. Como ele e pulmão trabalham juntos, o

sangue que sai do pulmão tem dificuldade para entrar no coração devido o seu problema e aí o pulmão fica cheio de sangue e a pessoa tem dificuldade para respirar que é o cansaço que o Sr. falou sentir . Quando terminei, vi pela sua expressão que não tinha entendido, mas mesmo assim perguntei-lhe e respondeu-me que mais ou menos.

Feguei novamente o meu livro e mostrei-lhe uma figura com o coração, pulmão e vasos e expliquei-lhe tudo novamente. Quando acabei, perguntei novamente se havia entendido. Respondeu-me: " agora entendi, fica mais fácil vendo o desenho. Como a gente é complicado por dentro né Eliane ?". Sorri e disse que concordava com ele.

Eram quase 9:30 horas. Disse a seu Paulo que iria até a sala de escrituração para ver se o médico já havia feito sua prescrição e que depois iria tomar um cafezinho ali mesmo na unidade, que não demorava e que então continuaríamos a conversar. Antes de sair verifiquei a PA que estava 10x6 mmHg, o gotejamento do soro, 14 gts. Olhei para o local da punção venosa e certifiquei-me que estava tudo bem; o monitor não acusava anormalidade a não ser isquemia miocárdica. Informo ainda o horário para seu Paulo que diz " hoje está passando a manhã mais rápido e sorriu. Retribuí o sorriso e perguntei se desejava alguma coisa. Respondeu-me que não. Feguei a bandeja, a seringa, mais a pomada que estavam sobre o criado mudo, pedi-lhe licença e fui até o posto de enfermagem deixar

esse material.

Constatei, ao ver a prescrição do dia para o seu Paulo, que houve alteração na prescrição do soro -> 250 ml de soro glicosado a 5%, três etapas com 5 ml de Kcl a 19,1% mais 30 ml de Xilocaína a 2% em cada etapa. Estava prescrito antihipertensivo V.O. de 8/8 horas e então comuniquei ao médico que a P.A do paciente estava se mantendo em 10x6 mmHg e ele então suspendeu a medicação. As demais medicações se repetiram. Os exames solicitados foram E.C.G e dosagem de potássio no sangue. Na evolução médica estava escrito que o paciente evoluía clinicamente estável, ritmo regular, estertores nas bases e o Rx mostrava quadro de hipertensão pulmonar.

Quando saí do posto de enfermagem, uma paciente, senhora de mais ou menos 60 anos, cabelos grisalhos, magra, pele muito clara, chamou-me quando eu passava em frente ao seu boxe, de Nº 3. Pediu-me, gentilmente, a comadre para urinar. Quando lhe coloquei a comadre, verifiquei que, sua roupa de cama estava molhada e então me disse que estava assim há algum tempo, e que chamou mas ninguém atendeu; aí teve que urinar na cama. Falei que eu já iria trocar a roupa. Fui pegar lençóis no armário, passei em frente ao boxe de seu Paulo, ele estava como o havia deixado: deitado com a cabeceira elevada, mas agora com os olhos fechados, tinha uma expressão tranquila.

O monitor registrava frequência de 78 b.p.M ritmo sinusal e o soro gotejava lentamente como o havia deixado.

Quando voltei com os lençóis, a paciente já havia urinado, marquei o volume urinário de 300 ml, na folha de controle hídrico, e vi que se chamava Catarina. Enquanto troquei a roupa de cama, conversei com Dona Catarina que me disse " eu não queria dar esse trabalho; a Sra me desculpe, mas eu não consegui segurar mais ". Disse-lhe então que não precisava se desculpar que eu também faria o mesmo naquelas condições, e que estávamos ali para atender os pacientes.

Dona Catarina perguntou, se eu não lhe faria mais um favor lhe dando um pouco de água. Depois que tomou a água, agradeceu-me, e disse: " Deus lhe pague " e acrescenta: " sabe, eu quero pedir para o médico para ir embora para casa, eu estou melhor, e lá tem quem converse comigo e eu posso comer fruta de vez em quando, tem quem me dê, aqui não ". Disse-lhe então, para pedir a família para lhe comprar frutas e levar para ela no C.T.I que os funcionários lhe dariam. Disse-me que não sabia que podia fazer isso, mas que então ia pedir. Fiquei sem saber o que dizer quanto à atenção que ela queria ter e sabia eu, o quanto isso é importante para o bem estar do paciente. Muitas vezes via os funcionários em grupinhos conversando enquanto deviam dar apoio emocional aos pacientes.

Perguntei à Dona Catarina se precisava de mais alguma coisa. Respondeu-me que não, agradeceu e sorriu. Pedi, então, licença e fui para sala de utilidades.

A enfermeira convidou-me para tomar um café e fomos juntas até a copa. Conversamos um pouco enquanto tomávamos café. Ela falou-me das dificuldades que estava encontrando com a falta de conhecimento dos funcionários, falta de pessoal e material. Disse-me ainda que havia feito algumas mudanças de funcionários por turno e havia tirado outros.

Quanto voltei ao boxe do Sr. Paulo, ele estava deitado de lado, acordado e assim que me viu virou-se de frente e perguntou-me se o soro estava direito. Mostrei que sim abaixando o frasco do soro, provocando assim o refluxo de sangue da agulha para o equipo. Expliquei que quando aquilo acontecia era porque a agulha estava bem na veia. Ele sorriu, e disse-me que era mais uma coisa que estava aprendendo. Contou-me, que ouviu minha conversa com uma mulher e perguntou-me o que ela tinha. Imaginei que deveria estar falando de Dona Catarina e lhe respondi que era diabética. Quiz saber ainda como ela estava.

Verifiquei seus sinais vitais, continuava hipotenso, com 10x6 mmHg e os demais sinais normais. Fui até o posto preparar sua medicação. Quando voltei e me viu chegar com a bandeja com o soro e outra medicação, perguntou se iria receber

ainda muito sono. Respondi-lhe e disse-lhe que a medicação que havia dentro do soro era muito importante e que também por isso estava melhorando. Disse-me então, que realmente se sentia melhor. Terminei de administrar a medicação - antiarrítmico, expliquei-lhe para que servia, coloquei o papagaio em cima do criado mudo à seu alcance e fui até o posto de enfermagem levar a bandeja, a seringa e o frasco de soro que havia retirado e trocado por outro. Apanhei o aparelho para fazer o eletrocardiograma e fui até seu Paulo.

Enquanto fazia o eletrocardiograma observei que ele estava tirando uma soneca, quando me dei conta, então, de que não lhe havia perguntado como tinha passado a noite, e geralmente é a primeira pergunta que se faz ao paciente. O ECG mostrava uma melhora significativa, a FC era de 74 bpm, o ritmo regular. Quanto terminei de bater o eletro, seu Paulo acordou. Perguntei-lhe como havia passado a noite e respondeu-me que dormiu bem, só na noite quando chegou, é que não dormiu devido a dor.

Quiz saber de seu Paulo se ele ainda gostaria de saber para que serviam aqueles fios presos no seu peito e sobre o aparelho " monitor ". Respondeu-me que sim, e que não havia me perguntado porque me via ocupada.

Depois de lhe explicar frizei que não precisava se preocupar, se desadaptasse um fio daqueles, pois seu coração iria bater da mesma maneira. Perguntei se havia entendido. Respondeu-me que sim e agradeceu. Seu Paulo era muito educado, as mínimas coisas que eu lhe fazia, ele sempre agradecia. Perguntou-me se eu fiquei sabendo o que tinha aquele homem que havia morrido. Informei-lhe que tinha um tumor no pulmão e há mais de dois anos estava sofrendo, e nunca quiz operar.

Seu Paulo estava sempre atento a tudo. Lembro-me que perguntou-me em outro momento, se o doente que estava no boxe ao lado era jovem e o que tinha pois ele não o ouvia falar. " E aquele homem lá ", apontou ele (paciente estava no leito 8, em frente ao seu, no lado direito de quem entra na U.T.I., era magro, de estatura baixa, moreno, mais ou menos 50 anos) o que ele tem ? ". " Tosse muito coitado, e fica o tempo todo sentado na cama e gemendo ! ". A paciente ao lado - Bianca - eu conhecia bem a sua história pois estava há dias no C.T.I, mas do homem eu nada sabia.

Naquele momento entrou um, funcionário do laboratório, que já trabalhou no C.T.I e foi um funcionário muito bom. Lembro-me que conversava muito com os pacientes, era muito educado e atencioso. Cumprimentou-nos e perguntou como estávamos. Informei a seu Paulo para que servia aquele sangue que o funionário estava retirando (dosagem de potássio). Ele me disse que todos os dias estavam tirando seu sangue. In-

formei-lhe que era preciso, que era uma maneira de se saber quais os remédios que precisava tomar e se estava melhorando. " Está bem, Eliane, o que eu quero é ficar bom ", disse-me ele. O funcionário terminou de colher o sangue, despediu-se sorrindo e desejou-nos um bom dia.

O seu Paulo, perguntou-me a hora. Eram quase 11:15 horas. Disse-me que estava com fome e perguntou-me se eu almoçava no hospital. Respondi-lhe que quando ficava só no período da manhã eu almoçava em casa, mas naquele dia, como eu ia ficar até as 17 horas, eu fazia um lanche no hospital. Perguntei-lhe se gostava de comer frutas. Respondeu-me que sim.

Orientei então, que pedisse a família, no horário de visitas, para trazerem mamão e laranja pois iria ajudar muito na sua evacuação e não ficaria muito tempo sem comer. Expliquei que não era bom fazer esforço para evacuar porque iria exigir mais do seu coração. Disse-me ele então: " está bem Eliane, você me lembra de pedir quando a filha vier hoje me visitar tá ? " Sabe ", continuou ele, " eu vou ao banheiro em casa quase todos os dias, agora é que não tenho ido ". Expliquei-lhe que o fato de estar na cama há dois dias, deixava o intestino mais preguiçoso. Disse-me que andava muito a pé e de bicicleta e agora ali parado não era nada bom. Informei-lhe que o repouso no leito era necessário para começar a cicatrizar a ferida que ele tinha no coração mas que provavelmente no dia seguinte já sairia da cama e ficaria sentado num

sofá que eu iria colocar perto da cama. Notei em sua expressão e olhar, que ficou mais animado. Orientei-lhe para movimentar as pernas e assim facilitar a eliminação dos gases intestinais.

O Sr. recebeu visita ontem seu Paulo ?, perguntei-lhe. "Recebi sim, veio uma filha e um filho, só pode entrar dois, tinha mais gente lá fora para entrar e é muito rápido, só dez minutos ". Expliquei-lhe que o curto espaço de tempo na visita era porque os pacientes, quando estão no C.T.I, precisavam de mais descanso.

Perguntei-lhe como era sua família. Respondeu-me que eram muito unidos, que tinha seis filhos e três moravam com ele, mas que todos trabalhavam menos o Marcos, de 21 anos seu filho de criação, e que não se dava bem nos empregos, mas era um bom rapaz, estava preparando-se para um concurso para trabalhar numa firma de computação. Disse-me ainda que todos se preocupavam um com o outro e se não fossem tão unidos ele já estaria morto pois assim que eles lhe viram mal, o levaram rápido para o hospital e vieram chorando com ele, " eu com dor e eles com medo que eu morresse ", ... " meus filhos são a minha vida ", disse seu Paulo com os olhos úmidos.

Comentei que achava muito importante a gente poder contar com a família em todos os momentos e disse-lhe que ele parecia ser uma pessoa muito boa e fácil de se lidar. Perguntei-

lhe se era uma pessoa calma ou nervosa. Respondeu-me que era calmo, que tinha muitas amizades, que morava há 30 anos na mesma rua, e que nunca teve nenhum desentendimento com vizinhos.

Um funcionário passou em frente ao boxe de seu Paulo com um prato de comida e avisou-me que havia chegado o almoço. Digo então a seu Paulo que depois continuaríamos a conversar, pois eu iria buscar seu almoço.

Voltei com o almoço, coloquei o prato térmico em cima da mesinha de refeições, ajudei-o a se sentar no leito e coloquei sua comida no prato. Perguntou-me se eu não queria almoçar com ele pois tinha comida ali para dois. Respondi-lhe que não, agradei, disse-lhe que iria almoçar mais tarde; desejei-lhe bom apetite e deixei-o sozinho dizendo-lhe que estaria ali perto, se precisasse de alguma coisa poderia chamar-me. Enquanto seu Paulo almoçava, fui até a sala de escrituração e fiz algumas anotações que serviriam para o trabalho que estava fazendo.

Deixei passar mais uns minutos e voltei ao boxe de seu Paulo com a medicação das 12:00 hs (antiagregante e vasodilatador). Ele já havia almoçado e disse-me brincando: " não comi tudo, porque não estava boa a comida ". Quando abri o prato térmico estava vazio, rimos juntos. Dei-lhe o comprimido e o leite dizendo-lhe para que servia. Pediu-me para

abaixar mais a cabeceira. Assim que fiz, verifiquei os sinais vitais. A temperatura estava 36,7° C, a respiração 22 rpm, o pulso 76 b.P.M, e a PA se mantendo em 10x6 mmHg.

Perguntei-lhe se costumava dormir depois do almoço. Respondeu-me que às vezes sim. Quiz saber se gostaria de tirar uma soneca naquela hora e ele disse-me que sim. Perguntei-lhe se não preferia que eu escurecesse um pouco o ambiente fechando a persiana da janela, ele responde-me que seria melhor e agradeceu-me.

Enquanto seu Paulo dormia, fui até a lanchonete mas antes de sair pedi uma funcionária, que estava responsável naquele dia pelos cuidados aos pacientes do boxe 2, 3 e 4, que atendesse seu Paulo caso ele chamasse, e que eu não demoraria. Eram 12:15 h e não havia ninguém na lanchonete o que achei ótimo, pois assim seria logo atendida.

Quando retornei, seu Paulo continuava com os olhos fechados e tinha uma expressão tranquila. Peguei o biombo e coloquei-o em frente a seu boxe, na tentativa de fazer o seu ambiente mais privativo. Coloquei uma cadeira pelo lado de fora do biombo e comecei a rabiscar algumas anotações, mas logo tive que parar pois não conseguia concentrar-me diante do tumulto formado com o encontro dos funcionários dos dois turnos. Parecia um mercado público e é evidente que nem seu Paulo nem ninguém, mesmo que tivesse um sono super profundo,

conseguiria dormir. Quando ia levantar-me e pedir que fizessem silêncio, a enfermeira, que havia saído às 12:00 h para o seu almoço, e fez um " pizzz " somente. Na verdade eu gostaria que ela fizesse muito mais, que chamasse a atenção de todos com veemência mostrando a importância do respeito ao ambiente e aos doentes que estavam ali etc, etc. Percebi que, diminuíram o tom da voz.

A tarde trabalhavam também três funcionários de enfermagem: duas auxiliares e uma atendente de enfermagem. Todas largavam o serviço às 19:00 horas. A enfermeira ficava até às 16:00 horas.

Afastei um pouco o biombo e verifiquei que seu Paulo estava acordado. Perguntei-lhe se tinha conseguido dormir, ele respondeu-me " um pouco sim ". É difícil dormir com barulho não é seu Paulo ? , perguntei-lhe. " É, mas não tem importância ", disse ele, " se eu dormir muito agora não vou dormir bem, à noite .

Eu me perguntava se ele estava sendo verdadeiro, eu o achava muito calmo pelo seu comportamento, tom de voz e expressão, mas talvez não fosse bem assim, afinal ele estava num ambiente totalmente diferente do seu, em cima de uma cama há dois dias, sendo cuidado por pessoas totalmente estranhas a ele, distante da família, barulho, etc.

Quiz saber dele, a que horas costumava dormir à noite. Respondeu-me, que depois do jornal nacional, mas que levantava cedo, pois não gostava de ficar acordado na cama. Lembrei de tirar o biombo, a cadeira e coloca-los onde estavam.

Enquanto conversava com seu Paulo os funcionários estavam passando o plantão. Achei estranho a enfermeira não acompanhá-los. Quando passaram em frente ao boxe de seu Paulo, uma funcionária informou aos demais que era eu quem estava cuidando dele e que ficaria até às 17:00 horas e foram para o boxe seguinte. Não me lembro dela ter conversado com seu Paulo durante toda manhã. Lembro-me somente que ficou contente quando lhe disse que iria cuidar dele, ficando menos paciente para ela cuidar, mas me ofereceu ajuda caso eu precisasse.

Durante nossa conversa, seu Paulo disse-me que escutava alguém respirando com dificuldade e ele achava que podia ser por causa do cigarro, e, que ficou pensando nele naquela situação. O paciente de quem ele estava falando era o senhor Sérgio, de 66 anos que estava no leito 6, com enfisema pulmonar e era realmente fumante, segundo anotações médicas no prontuário. Falei-lhe que se tratava realmente, de um fumante e que a causa do problema era, provavelmente, o cigarro. Seu Paulo perguntou-me então se eu fumava. Respondi-lhe que nunca fumei. Disse-me ele: " muito bem, mas sabe, Eliane, eu estou aqui, mas às vezes eu penso nele, mas eu não vou fumar mais, eu vou conseguir ". Disse-lhe que acreditava que iria

conseguir e que isso dependeria só dele, da sua força de vontade. Ele perguntou-me então, se deixando de fumar ele não iria engordar e se não seria pior para o coração. Lembrei-lhe, de que havia me dito que gostava muito de caminhar e isso era ótimo tanto para o coração quanto para evitar engordar e que se ele comesse mais verduras e menos massa não iria engordar e que ele sendo magro provavelmente, continuaria assim. Falei ainda que o aumento de peso prejudicaria o coração sim, mas que acreditava que sua esposa iria cuidar junto com ele para que não engordasse. Disse-me seu Paulo que sua esposa se preocupava muito com ele e os filhos também.

Quiz saber dele se tinha alguém na sua família com problema de coração. Informou-me que na sua família não, só na de sua esposa e que ela tinha pressão alta mas que se cuidava muito. Perguntei-lhe se seus pais eram vivos. Respondeu-me que não, que morreram há anos. Informou-me que sua mãe morreu no parto quando ele nasceu e seu pai de derrame cerebral. Quiz saber se ele tinha irmãos e respondeu-me que tinha um, e pelo que sabia, nunca teve problema com a saúde. Quiz saber ainda se tinha pressão alta ou diabetes, respondeu-me que não. Seu Paulo informou-me que seu genro e filho, depois do que havia acontecido com ele, resolveram procurar seu médico que pediu-lhes uma série de exames.

Enquanto conversávamos, os funcionários do turno matutino despediram-se e nos desejaram uma boa tarde. Seu Paulo desejou à todos um bom descanso. Um deles, como não sabia, perguntou-me se viria no dia seguinte.

Havia uma diferença muito grande na dinâmica de trabalho das duas equipes. A equipe da tarde era muito parada, eles faziam estritamente o necessário e às vezes nem isso. Lembro-me de ouvir algumas vezes os funcionários da noite reclamarem dessa equipe, para a enfermeira. Reclamavam de soros mal controlados, de medicações não checadas, de exames solicitados não realizados, de plantão mal passado, da unidade desorganizada, de que pacientes se queixavam de fome por não ganharem a sopa à tarde (18:00 H) etc. Ela dizia que ia conversar com eles mas que tivessem paciência, pois duas funcionárias eram novas no C.T.I. Ela se referia à duas atendedoras de enfermagem. Uma delas, muito simpática, educada, mas com pouquíssimo conhecimento de enfermagem, pouca iniciativa, lenta e desinteressada. A segunda, espivitada, mal humorada, mal educada, tinha um conhecimento regular. Ambas trabalhavam no C.T.I há mais ou menos 2 meses.

Seu Paulo perguntou-me a hora. Eram 14:00 H. Verifiquei seus sinais vitais, a pressão arterial estava em 11x7 mmHg, pulso 78 bpm, ritmo normal, respiração em 20 mpm e se ouvia ainda estertores na base do pulmão direito, afebril, com temperatura 36.6° C. Dei-lhe 1 comprimido vasodilatador corona-

riano e apliquei a injeção subcutânea do anticoagulante. O soro gotejava com 11 gotas por minuto como havia controlado e estava previsto terminar às 17:00 horas.

Seu Paulo sabia, que o horário da visita era das 14:00 às 14:30 horas e quando, perguntou-me a hora imaginei que fosse por isso e então perguntei se gostava de receber visita no hospital. Respondeu-me que sim, que agora eu estava com ele lhe dando atenção, mas que os funcionários só chegavam ali para ver a pressão, dar remédio e ele se sentia muito sozinho.

Disse-me que conhecia muita gente, porque há anos fazia sacolas e arrumava cadeira de praia. Perguntei-lhe então, se só vendia suas sacolas em casa. Respondeu-me que não, que elas eram vendidas também em alguns supermercados de alguns bairros da cidade e também em alguns armazéns, e disse-me " agora não sei como vou fazer, talvez tenha que ficar um tempo sem trabalhar ".

Lembrei a seu Paulo que ele contou-me que carregava rolos de napa, pesados e que isso ele não poderia mais fazer. Que nos primeiros meses não poderia trabalhar para poder cicatrizar bem a ferida do coração mas que aos poucos voltaria ao seu estilo de vida, cuidando-se para não pegar peso. Disse-me, que não pegaria não, pois quando carregava muito peso sentia falta de ar.

Naquele momento a escriturária avisa-nos que tem familiares do seu Paulo aguardando, e se ela poderia deixá-los entrar. A expressão de satisfação no rosto de seu Paulo era tão evidente, que não vi necessidade de consultá-lo e respondi a funcionária que sim.

Vieram lhe visitar, como esperava seu Paulo, uma de suas filhas solteiras e o genro. Assim que se aproximaram, nos cumprimentaram, ela o beijou e perguntou-lhe como se sentia. Ele respondeu-lhe que muito bem, que agora tinha uma enfermeira só para cuidar dele e apresentou-me aos dois. Ele disse-lhes que eu era enfermeira e professora, onde eu trabalhava e que estava fazendo um estudo. Os dois eram muito conversadores, desembaraçados e simpáticos. A maneira como falavam com seu Paulo, demonstrava que lhes tinham muita afeição. Perguntaram-me algumas coisas sobre o seu Paulo (já sabiam o diagnóstico pelo médico), como: as causas da doença, como estavam seus exames, se ele iria ficar muito tempo ainda no hospital e se eu iria cuidar dele sempre. Depois que lhes respondi todas as perguntas, lembrei de pedir-lhes: laranja, mamão e maçã para seu Paulo e ele acrescentou o óculos, cuecas, sabonete, etc. Elisa (sua filha) disse que iria em casa e traria tudo em seguida. Seu genro contou-me que tinha ido no médico e como foi a consulta .

A conversa entre nós quatro transcorreu num clima muito bom. Senti que havia transmitido confiança aos dois e isso me deixou satisfeita. Seu Paulo contou-lhes que eu havia lhe mostrado um desenho do coração e (...). O genro disse-lhe que ficasse bom logo para voltar à pescar com eles. Seu Paulo sorriu e ficou com os olhos um pouco úmidos e disse: " se Deus quizer ". A hora transcorreu rapidamente, já estavam ali fazia 20 minutos, e eu não havia percebido. Não os tinha deixado a sós com o seu Paulo ainda, então disse-lhes que poderiam ficar mais alguns minutos. Pedi-lhes licença e fui até o posto de enfermagem levar a bandeja com a seringa que estava em cima da mesa de cabeceira de seu Paulo. Recordo que antes de sair despedi-me dos dois, que me agradeceram e disseram que provavelmente iríamos nos ver mais vezes.

Estava indo para o posto de enfermagem quando vejo as visitas de Dona Marta - paciente do boxe 3 - saindo, cumprimentei-as e perguntei-lhes se ela havia pedido frutas. Elas responderam-me que sim, que já iriam comprar e trariam.

Estava lavando a seringa no posto de enfermagem quando vejo a visita de seu Paulo saindo em companhia da enfermeira, e fizeram um sinal de despedida. Como o resultado do potássio não havia chegado, liguei para o laboratório e informaram-me que estava em $4,10 \text{ mEq/l}$, um pouco mais baixo que o de ontem.

A hora de visita no C.T.I é um pouco movimentada, principalmente quando a unidade está cheia de pacientes. Enquanto aguardavam, a entrada na unidade, os visitantes ficavam em uma sala em frente à porta principal da unidade. Havia dias que ficava até difícil entrar na unidade de tanta gente aguardando. Alguns iam sem saber a rotina de visita ou seja: que somente poderiam entrar duas pessoas em cada dia para visitar o paciente ou amigo que estivesse ali internado. Às vezes gerava um certo tumulto quando um ou outro um pouco mais alterado não aceitava essa rotina.

Havia uma outra rotina, a de não prestar informação do estado do paciente por telefone. Caso parentes e amigos quizessem informações, teriam que ligar para a recepcionista do hospital, que recebia dois boletins informativos por dia, manhã e tarde. Este boletim que, inicialmente, era preenchido pelo médico, passou a ser feito pela enfermagem. Nele constava, como informações do paciente, quatro palavras: estável, grave, com alta e óbito. Eu, particularmente, achava horrível esse boletim, principalmente por três motivos: não trazia detalhes de informação sobre o estado do paciente, era muito subjetivo e transmitido por uma pessoa totalmente alheia, ao C.T.I. Essa rotina foi implantada há mais ou menos 3 anos sob a alegação de que as informações por telefone roubavam muito tempo da enfermagem.

Retornei ao boxe de seu Paulo assim que sua filha e o genro saíram. Disse-lhe que achei os dois muito simpáticos, conversadores e que demonstravam muito carinho para com ele. Disse-me então, que eles eram sempre assim, que toda a família era assim, que quase todo fim de semana se reuniam na casa dele para um churrasco.

Verifiquei os sinais vitais de seu Paulo. A pressão arterial tinha diminuído, estava novamente em 10x6 mmHg e deveria ser por ação, novamente do vasodilatador coronariano que recebeu às 14:00 H, quase uma hora atrás. Os demais sinais estavam normais. O monitor acusou uma extrassistole ventricular. Fiquei observando durante um tempo maior e não se repetiu; então tomei o cuidado de aumentar o gotejamento do soro com a xilocaina para 13 gotas por minuto afim de bloquear as extrassístoles. Seu Paulo havia urinado mais 500 ml.

Durante nossa conversa, perguntei-lhe, se alguma coisa vinha incomodando-lhe ultimamente. Respondeu-me que sim, que sua filha desquitada morava no quintal de sua casa, numa casinha que o irmão fez para ela. Que ela era uma pessoa ótima que lhe ajudava muito, mas que tinha duas crianças que incomodavam muito, choravam alto, gritavam, faziam reina, e que ele quando reclamava para sua mulher ela dizia que ele estava ficando muito impertinente e que criança era assim mesmo.

Perguntei-lhe, se já havia conversado com sua filha a respeito. Respondeu-me que não. Perguntei-lhe então o que ele achava de conversar. Disse-me que assim que desse, ele faria isso, " porque é só isso que me incomoda ", " mas ", continuou ele, " eu tenho que falar com jeito para ela não ficar chateada; a gente se dá muito bem, nós trabalhamos juntos há anos ". Falei-lhe que achava que ela entenderia sim, já que se davam tão bem e seria falado com jeito, mas que ele também deveria ter um pouco mais de paciência com as crianças.

Perguntei ainda a seu Paulo, o que gostava de fazer como distração. Respondeu-me que gostava de pescar com os filhos e genro, de ver televisão, " só o jornal " disse ele, e de conversar com os amigos.

" Será que eu vou poder voltar a pescar Eliane ? ". Respondi-lhe que tinha certeza que sim, mas que para isso teria que sempre seguir todas as orientações. Inclusive não deveria jamais esquecer de levar o comprimido, de colocar embaixo da língua, e usá-lo se tivesse dor no peito, e que esse medicamento deveria acompanhá-lo em todos os lugares. Lembrei-lhe, novamente que não poderia pegar peso.

Precisava fazer algumas anotações para o meu trabalho, perguntei então a seu Paulo se estava precisando de alguma coisa e disse-lhe o que pretendia fazer. Pediu-me se poderia abaixar um pouco mais a cabeceira da cama, porque não poderia

ficar muito tempo sentado, pois tinha um problema na coluna, por isso era aposentado por invalidez. Abaixei mais a cabeça e perguntei-lhe qual era o problema na coluna. Respondeu-me que os médicos disseram-lhe que era um desvio e que havia acontecido quando há anos atrás foi puxar uma rede de peixe. Quiz saber dele, se não sentia dor deitado e informou-me que doía pouco.

São quase 16:00 horas, a enfermeira aproxima-se trazendo uma sacola dizendo que eram frutas e o material que havíamos pedido. Pelo tamanho da sacola, brinquei com seu Paulo, disse-lhe que a filha havia feito uma feira completa. Ele sorriu e falou " assim é bom porque aí tem para todo mundo ". Quando a enfermeira entregou-me a sacola, disse a seu Paulo que não havia ido no seu leito, porque sabia que estava sendo bem assistido. Ele sorrindo, disse-lhe " graças à Deus ". Ela despediu-se dizendo que nos veríamos no dia seguinte e desejou uma boa noite a seu Paulo, que lhe agradeceu, desejando-lhe o mesmo.

Pedi licença a seu Paulo para abrir a sacola. Nela havia todas as frutas e o material de higiene, óculos, etc que havíamos pedido. Guardei todo esse material na gaveta do criado mudo e perguntei-lhe se gostaria de comer alguma fruta. Responde-me que queria mamão e disse-me: " essas frutas são nossas, fique à vontade, podes comer o que quiseres ". Agradei-lhe, dizendo que pegaria quando estivesse com vanta-

de. Disse isso, mas sabia, que não o faria. Fui até à copa pegar uma faca que havia no armário dos funcionários; peguei uma cuba rim e forrei com papel, para colocar as cascas, pois não havia prato e levei até seu Paulo. Ele insistiu tanto pra que eu comesse o mamão com ele que não tive como não aceitar. Seu Paulo comia o mamão demonstrando tanta satisfação que dava gosto de ver. Perguntei-lhe quando acabou de comê-lo (era pequeno), se queria outro, respondeu-me que sim. Falei-lhe que seria ótimo, que comesse mesmo, porque estava com a barriga um pouco dura e distendida e isso iria ajudar. Disse-me então que há pouco tinha soltado " vento ". Falei: que ótimo, e vontade de evacuar, não sentiu ? . Respondeu-me que não.

Como o soro estava quase terminando, eram 16:30 h, fui preparar um outro frasco. Quando troquei o vazio pelo cheio, seu Paulo perguntou ? " Tem mais um depois desse não é ?". Repondi-lhe que sim, mas que provavelmente no dia seguinte continuaria no soro porque tinha duas medicações importantes dentro dele. Ele fez uma expressão , que demonstrou desagrado e disse. Será mesmo ? . Falei-lhe que teríamos que aguardar o dia seguinte para ver o que o médico ia passar de remédio.

Pedi licença a seu Paulo e fui anotar no seu prontuário, sua evolução do dia, mas antes disso fui anotar na folha de controle, os 120 ml de sua urina, o mamão que havia comido e o soro instalado.

Enquanto estava fazendo anotação no prontuário, duas funcionárias estavam tentando fazer o cálculo do nº de gotas do soro de um paciente que havia internado há meia hora atrás e que estava no leito 10. Eu não cheguei a ver o paciente, mas elas disseram-me quando perguntei, que era um senhor com Tétano, que chegou com crise convulsiva, mas que logo saiu da crise depois de receber a medicação. Perguntei-lhes se podia ajudá-las no cálculo, responderam-me juntas que sim e riram. Quando terminei de explicar, cada uma copiou a fórmula e agradeceram.

Terminei de fazer anotações e perguntei a uma delas se poderia pegar o plantão do seu Paulo, que eu iria passar, quando terminasse de administrar as medicações das 17:00 H, que eu estava preparando. Ela respondeu-me que sim, que poderia chamá-la quando estivesse na hora.

Fui até o seu Paulo e controlei novamente o soro e verifiquei novamente os sinais vitais que continuavam dentro do valores normais, com excessão da pressão arterial que se mantinha em 10x6 mmHg, e como sempre, disse para o seu Paulo como estavam. Anotei na folha de controle e disse-lhe que iria passar para Ana como ele havia passado todo o dia e que se eu esquecesse de falar alguma coisa, ele poderia e deveria acrescentar. Ele falou que tudo bem. Disse-lhe ainda que de-

pois disso eu iria embora e que voltaria no dia seguinte às 7:00 H. Falou-me então: " está bem, Eliane, você precisa descansar ".

Durante a passagem de plantão, observei que seu Paulo estava atento ao que eu falava para a funcionária. Quando terminei, perguntei-lhe se eu havia esquecido de falar alguma coisa. Respondeu-me que não e sorriu. Quiz saber da funcionária se tinha alguma dúvida no que havia lhe passado e respondeu-me que não agradecendo. Informei a seu Paulo que ela iria cuidá-lo até às 19:00 horas e a noite seria alguém da equipe que estava trabalhando quando ele chegou na U.T.I. A funcionária sorriu para ele e pediu-lhe que a chamasse se precisasse de alguma coisa. Após sua saída despedi-me de seu Paulo, que me deu um aperto de mão com força e seus olhos estavam úmidos. Em seguida despedi-me de todos os funcionários, peguei meu material que estava na sala de escrituração e fui trocar de roupa.

Eram 17:30 quando eu estava saindo da U.T.I. No trajeto da unidade até a saída do hospital, encontrei alguns funcionários. Poucos eu conhecia, porque a maioria eram funcionários novos na instituição. Quase que diariamente eram demitido e admitidos funcionários, sendo o primeiro mais que o segundo.

Cansada, suada e com muito fome, eu caminhava de volta para casa e pensava que, quando chegasse em casa, teria ainda que escrever todo o meu dia com o seu Paulo, pois não tinha anotado quase nada. E foi isso que fiz depois de tomar um bom banho, colocar uma roupa leve e jantar. Naquela noite fui dormir mais ou menos às 23:00 horas. Antes de dormir, agrade-ci a Deus por mais um dia e por ter dado tudo certo e pedi que fosse assim no dia seguinte.

No dia seguinte cheguei no C.T.I às 06:30. Quando entrei passei em frente ao box de seu Paulo, vi que estava com os dois olhos fechados e a cabeceira bem elevada. Como imagi-nei que talvez estivesse dormindo resolvi ler, primeiramente, o relatório da noite. Só havia o relatório de enfermagem e este informava somente, que seu Paulo tinha evacuado três ve-zes, fezes normais, sinais vitais inalterados, urinou à noite 400 ml, não referiu dor. Verifiquei se todas as medicações haviam sido dadas e constatei que o vasodilatador prescrito de 4/4 h estava circulado, indicando não ter sido administra-do nos horários das 20, 24 e 4 horas. A pressão arterial na-quele horário estava em 10x6 mmHg o que justificava a não aplicação da medicação.

Fui até o leito de seu Paulo e ele já estava acordado. Fiquei surpresa ao mesmo tempo que preocupada com a aparência de seu Paulo. Estava com expressão cansada, olheiras, barba crescida. No olhar não havia aquele brilho do dia anterior. A

luz de cabeceira estava acesa, a cama em total desordem, o soro gotejava muito lentamente, o monitor estava desligado e os fios estavam desadaptados dos eletrodos e pendurados no suporte de soro. Sobre o criado mudo estava a sacola com as frutas, como eu havia deixado no dia anterior, e o seu óculos, e em cima da mesinha de refeição, o papagaio vazio.

Cumprimentei-o e perguntei como havia passado a noite, e se dormiu bem. Respondeu-me ao cumprimento e tentando esboçar um sorriso respondeu-me: " não, não dormi nada, vou pedir alta, não estou sentindo mais nada, em casa pelo menos eu durmo bem ". Antes que eu dissesse qualquer coisa seu Paulo pediu-me educadamente para abaixar a cabeceira da cama (ele estava quase no meio da cama, visivelmente desconfortável, o lençol que cobria o colchão estava, quase todo sobre os pés da cama) e pediu-me também para apagar a luz dizendo: " a noite inteira ficou essa lâmpada acesa, pedi para apagar disseram que já vinham e não apagaram e essa cabeceira alta, pedi para abaixar e disseram que não podiam, em casa eu durmo com um travesseiro bem baixo ".

Ele demonstrava, visivelmente, que estava ansioso e irritado. Precisava fazer alguma coisa rapidamente para acalmá-lo pois sabia que a ansiedade e o estresse iriam prejudicá-lo.

Assim que desliguei a lâmpada e abaixei a cabeceira perguntou-me como eu estava, e se havia dormido bem. Respondi-lhe que sim mas que estava preocupada com o seu estado emocional, que isso poderia prejudicar seu coração. Ele então disse-me, " eu agora, vou melhorar, você chegou. Porque os outros não trabalham como você, Eliane? " Respondi-lhe que eu estava ali só para atendê-lo enquanto que os funcionários cuidavam de 3 a 4 pacientes e a unidade estava cheia etc. Não sei se o convenci com aquela resposta, porque na verdade nem eu mesma me convencia, mas era uma tentativa de fazê-lo compreender o porque de não ter sido bem atendido e acalmá-lo.

Perguntei-lhe o que mais havia incomodado a noite, que não o deixou dormir. " Barulho ", respondeu ele, " muito barulho, doente gritando, eles falavam muito alto, (devia estar falando dos funcionários) e o telefone que tocou muitas vezes " .

Vejo que foi uma noite muito difícil para o senhor. Vamos ver o que o Sr. e eu podemos fazer para que o dia seja melhor. Provavelmente, o Sr. terá alta hoje e daqui irá para uma outra unidade .

" Mas quando eu sair daqui, você vai me ver, não vai ? ", perguntou-me. Claro que sim, seu Paulo, eu quero saber como o Sr. está evoluindo e preciso lhe dar algumas orientações, nós vamos nos ver bastante. Ele sorriu e disse: " sabe Eliane,

eu tenho você como alguém da minha família, é como se eu conhecesse você há tempo". Fiquei super satisfeita ao ouvir aquilo, agradeceu-me e disse que eu me sentia muito a vontade com ele também e que ele era uma pessoa muito boa de se cuidar. Ele sorriu novamente.

Perguntei-lhe porque o monitor estava desligado e os fios desadaptados dos eletrodos. Respondeu-me que precisou ir ao banheiro três vezes à noite e na última vez, foi esquecido de colocar os fios, mas isso fazia pouco tempo.

Falei-lhe que li no seu prontuário que tinha evacuado 3 vezes à noite e perguntei-lhe como estava se sentindo. Respondeu-me que melhor depois de evacuar, que antes estava agoniado e que o mamão é que ajudou. Apalpei seu abdômen, estava flácido e não mais distendido.

Perguntei-lhe se não sentiu cansaço ou dor quando foi e voltou do banheiro por três vezes. Respondeu-me que não, que não sentiu nada.

Seu Paulo vamos dar uma ajeitada na sua cama, o lençol está todo revirado." Está bem Eliane, eu não parei quieto a noite toda", disse-me ele.

Ajeitei o lençol sem que fosse preciso seu Paulo sair da cama, e ele ajudou-me. Adaptei os fios do monitor aos eletrodos e liguei o monitor. Na leitura ao traçado não observei nenhuma alteração em relação ao dia anterior. A frequência cardíaca estava 78 bpm, ritmo normal. Naquele momento os funcionários se aproximaram para a passagem de plantão. A enfermeira e demais funcionários do turno da manhã cumprimentaram-nos. Na passagem de plantão, o funcionário informou, o que eu já havia lido no relatório e acrescentou que seu Paulo foi ao banheiro sozinho, carregando o soro e quando ele (funcionário) viu o leito vazio, foi até o banheiro e o encontrou lá. Seu Paulo nos diz que chamou, mas que ninguém atendeu, e ele não podia segurar mais. O funcionário se justificou dizendo que o plantão foi muito agitado e que quase não deu atenção para seu Paulo.

Verifiquei o gotejamento do soro, estava muito lento, sugeria obstrução, o frasco estava cheio 250 ml com 30 ml de xilocaína e 5 ml de potássio e deveria terminar, pelo esquema do dia anterior, às 10:00 horas da manhã e já eram 07:05. Comentei com o seu Paulo que deveria estar obstruído. Fui até o posto de enfermagem e voltei com o material para punção venosa. Após a punção, controlei o gotejamento para 21 gts' o que não iria terminar às 10:00 horas, mas fiquei preocupada de aumentar devido a xilocaína. Antes que o funcionário saísse comuniquei sobre o soro ele então desculpou-se, dizendo que ia arrumar, disse-lhe que já havia feito.

Perguntei a seu Paulo se preferia tomar um banho naquele momento ou gostaria de dormir um pouco e tomar o banho mais tarde ou se sugeria outra coisa. Ele respondeu-me que primeiro o banho, depois tomaria café e aí tentaria dormir. Perguntei se gostaria que fosse feita a barba. Ele respondeu-me que não tinha aparelho de barbear. Falei-lhe que isso não era problema, que tinha ali na U.T.I e que pediria o funcionário do turno para fazer porque eu era péssima em fazer barba. Ele sorriu e disse-me que queria sim, que em casa fazia todos os dias e que estava se sentindo agoniado com a barba crescida.

Preparei todo o material do banho, levei para o boxe de seu Paulo. Perguntei-lhe se gostaria que eu o ajudasse. Respondeu-me que não, que não precisava, só na hora de lavar as costas que sim.

Enquanto isso, fui pedir o funcionário para fazer a barba de seu Paulo. E depois que a barba foi feita, observei que sua aparência melhorou. Eram 8:00 h quando verifiquei seus sinais vitais; a temperatura estava em 36,7, pulso 78 bmp ritmo normal, respiração 20 mpm e PA em 11x7 mmHg e comuniquei a seu Paulo que estava tudo normal. Em seguida preparei e administrei a medicação das 8:00 H.

Enquanto administrava a medicação ele perguntou-me o que eu achava, dele pedir ao médico para lhe dar alta. Respondi-lhe que na minha opinião, ele não deveria fazer isso,

que ainda não estava em condições de ter alta, bem como iria precisar fazer alguns exames de controle e repouso. Que precisava ficar no hospital mais ou menos uma semana, isso se ele continuasse colaborando, e não poderia ficar nervoso porque iria prejudicar o coração e expliquei porque. Ele me ouvia com muita atenção mas com aquela aparência de cansado e abatido. Disse-me então " está bem Eliane, eu confio em você, o que você disser para eu fazer eu faço ". Sugeri a ele, então, que tentasse dormir um pouco, que eu ficaria sentada ali perto caso precisasse de alguma coisa. Ele disse-me que iria tentar.

Acreditava eu, que atrás da vontade que seu Paulo demonstrava em sair, não só da U.T.I, como também do hospital, estava o desejo de fumar. Observava isso na maioria dos pacientes que eram fumantes, alguns ficavam agressivos. Estranhei o fato do médico não prescrever para ele um tranquilizante, pois é uma medicação comum na terapêutica do infartado exatamente para evitar o estresse. Assim que chegasse iria lhe informar como estava seu Paulo emocionalmente.

Aquele dia, apesar de cheia, a unidade estava menos agitada. O médico plantonista, estava examinando os pacientes e havia dado alta para dois pacientes, um deles era a Dona Marta, paciente diabética que estava no leito 3. A escriturária estava procurando vaga para os dois pacientes, que iriam para quarto de segunda classe.

Eu estava sentada em frente ao biombo fazendo algumas anotações e escutava seu Paulo movimentar-se muito no leito. Imaginei que não estava conseguindo dormir. Entrei no boxe, ele estava olhando para o teto. Perguntei-lhe se estava preocupado com alguma coisa, se queria conversar. Disse-me que não estava conseguindo dormir, que queria, mas não estava conseguindo e que não estava preocupado. Perguntei-lhe o que achava de falarmos com o médico para ele prescrever um remédio para que pudesse dormir. Ele respondeu-me " eu pedi a ele ontem a noite quando estive aqui, ele disse que ia deixar lá marcado mas não deixou, aí eles não me deram ". Ele se esqueceu, provavelmente, mas nós vamos lembrá-lo hoje. Perguntei-lhe: o senhor costuma tomar remédio para dormir seu Paulo ? . " Não, nunca tomei ", respondeu-me, " eu durmo bem, me acordo com qualquer barulho, por menor que seja, mas durmo bem ".

Quiz saber se ele preferia ficar sozinho ou conversar. Disse-me que queria conversar. Perguntei sobre o que gostaria de conversar. Respondeu-me que queria saber sobre o cateterismo cardíaco, se isso iria resolver o seu problema. Expliquei-lhe então para que servia o cateterismo, que era somente um exame diagnóstico e não um tratamento e como era realizado. Perguntei-lhe porque queria saber sobre o cateterismo. Respondeu-me que o médico tinha conversado com ele a noite e disse-lhe que ia precisar fazer o exame.

Imaginei então que aquele era mais um motivo de sua ansiedade. Perguntei-lhe se estava preocupado. Respondeu-me que agora não muito, porque eu já havia lhe explicado, mas quiz saber se o exame era muito caro. Respondi-lhe que não sabia o valor, mas como ele era previdenciário, o exame seria feito pelo INANPS e que não precisaria pagar. Notei que respirou mais aliviado. Disse-me que o médico havia dito que poderia fazer em Curitiba ou Florianópolis, mas como ele tinha parentes em Curitiba talvez fizesse lá e seu filho casado o levaria. Depois disso, seu Paulo começou a falar de seus filhos e da esposa. Contou-me no que trabalhavam, de como eram unidos, falou muito bem de sua esposa e de como haviam pego seu filho mais novo para criar.

O médico, quando chegou, foi direto no seu boxe examiná-lo. Cumprimentou-nos e perguntou-lhe como havia passado a noite. Seu Paulo informou-lhe que não conseguiu dormir e lembrou de lhe pedir remédio novamente. Ele disse-lhe que realmente havia esquecido de deixar prescrito mas que hoje o faria. Perguntou-lhe se teve dor e ele respondeu-lhe que não. Fez o exame físico e quando terminou olhou a folha de controle onde estavam marcados os sinais vitais das oito horas, a diurese e o café. Antes de sair, informou a seu Paulo que iria ver o resultado dos exames e talvez lhe desse alta. Seu Paulo disse-lhe que " tudo bem ".

Assim que o médico saiu do boxe, pedi licença ao paciente e fui até a sala de escrituração falar-lhe. Perguntei-lhe se havia notado que seu Paulo estava abatido e ansioso. Ele respondeu-me que sim e disse-me que estava em dúvida se lhe daria alta da U.T.I. Expus à ele então, o meu ponto de vista que, se o seu Paulo ficasse em um quarto em companhia de alguém da família e onde pudesse descansar mais, provavelmente sua recuperação seria mais rápida; disse-lhe ainda que estava preocupada com seu estado emocional. Ele ouviu-me com atenção e disse-me que concordava com a minha opinião e que lhe daria alta. Eram 8:30 Hs, levei o tranquilizante para o paciente. Após tomar o remédio e explicar-lhe para que servia, informei-lhe que estava com alta.

Quando liguei da U.T.I para a casa de seu Paulo quem atendeu foi seu filho mais moço, Marcos, que expressou muita alegria quando soube de sua alta da U.T.I. Disse-me que estava indo fazer uma prova, mas antes iria ligar para seu irmão mais velho, e que eles queriam colocá-lo em um apartamento. Pedi-lhe então, que dissesse ao irmão para vir ao hospital, providenciar o apartamento. Dei-lhe o recado de seu Paulo dizendo-lhe como ele estava. Marcos agradeceu a atenção; e eu desejei-lhe boa sorte na prova, despedindo-me.

Dr. Sebastião deixou prescrito a seu Paulo, a mesma medicação do dia anterior, passando o antiagregante plaquetário para cada 8 horas, suspendeu a enzima (hyalozima) e acrescentou o tranquilizante para cada 8 horas. Não solicitou exames. Na sua anotação estava escrito: " paciente no 4º dia de evolução de infarto agudo do miocárdio ântero-septal. Mantendo níveis tensionais e frequência cardíaca adequada. Ritmo cardíaco regular, 4º Bulha. Melhora da ausculta pulmonar. Pulmões limpos. Diurese de 1600 ml. Muito ansioso. Alta do C.T.I".

Na copa estavam a escriturária e outra funcionária, tomando o segundo café e depois, iriam com certeza para o corredor que ficava depois da sala de utilidade, fumarem um cigarrinho como de costume. Uma delas ofereceu-me café novamente, já o tinha feito às 08:10 h, mas como naquela hora estava ocupada, agora aceitei. Perguntou-me como estava seu Paulo. Disse-lhe que estava mais calmo e com alta da U.T.I. Assim que terminaram, pediram licença e saíram. Fiquei ali mais uns minutos, pensando que seria bom se a família de seu Paulo viesse ainda no período da manhã no hospital, pois gostaria de conversar com alguém de sua família para orientá-los a deixá-lo descansar.

Seu Paulo dormia profundamente. Peguei uma cadeira e sentei próxima ao biombo para fazer algumas anotações. A escriturária comunicou-me que não havia apartamento vago e que o

filho de seu Paulo já havia estado na internação, acertando tudo e que voltaria no horário de visita para vê-lo.

Eram 11:20 quando seu Paulo acordou. Perguntou a hora e disse-me " mas não é que dormi mesmo ". Disse-lhe que estava precisando. Perguntei-lhe como estava se sentindo. Respondeu-me: " Ainda com sono, mas não posso dormir muito de dia, se não, não durmo à noite ".

Já havia dito ao Sr. Paulo que iria sair ao meio dia pois iria viajar. Disse-me que iria sentir muito a minha falta. Falei-lhe que voltaria a vê-lo na 2ª feira. Disse-lhe que iria passar o plantão para uma das funcionárias e, se quizesse, poderia ajudar. Ele sorriu e disse-me que tinha certeza que não precisaria falar, que eu lembraria tudo. Assim que terminei de passar o plantão, despedi-me de seu Paulo que estava mais emotivo que ontem. Orientei-lhe a continuar em repouso, podendo sentar-se numa cadeira no dia seguinte e que quando, estivesse na cama, deveria, de vez em quando, movimentar as pernas e não deixá-las penduradas e expliquei-lhe porque.

Perguntei se queria que eu lhe fizesse ou lhe explicasse alguma outra coisa. Respondeu-me que não, que estava tudo bem. Seu Paulo, mais uma vez, deu-me um forte aperto de mão, dizendo que iria se cuidar e desejou-me uma ótima viagem e que Deus me acompanhasse. Assim que me despedi de todos, saí

do C.T.I; eram 12:30 H.

Não tinha notícias de seu Paulo há três dias. Fui visitá-lo no hospital numa terça-feira, dia 23/01, após chegar de viagem. Antes de sair de casa, liguei para a U.T.I para saber para qual a unidade que ele havia sido transferido. A escriturária, foi quem atendeu e perguntou-me quando voltaria. Respondi-lhe que somente depois da alta de seu Paulo do hospital.

A primeira coisa que fiz quando cheguei na unidade onde estava internado seu Paulo, foi apresentar-me à enfermeira responsável e dizer-lhe o que iria fazer. Disse-me, para ficar a vontade e colocou-se a disposição caso eu precisasse de alguma coisa. Eu não a conhecia e à primeira impressão, achei-a simpática e acessível.

Antes de ir ao quarto de seu Paulo, dei uma lida no seu prontuário e pela pouca informação de enfermagem e nenhuma do médico não pude chegar à uma conclusão de como o encontraria. Estava recebendo, praticamente, as mesmas medicações, o tranquilizante somente à noite, e introduzido o antihipertensivo, não tinha soro na prescrição do dia. No dia anterior foram feitos Rx de tórax e eletrocardiograma, mas ainda não havia laudo de ambos.

Bati na porta do quarto e entrei. Veio atender-me uma mulher com mais ou menos 55 anos, baixa, magra, semblante tranquilo, e imaginei quem fosse. Estávamos num pequeno corredor antes de chegar à cama onde estava seu Paulo, de modo que ainda não o tinha visto. Apresentei-me e perguntei-lhe se era a esposa de seu Paulo. Respondeu-me "sou sim, o Paulo fala muito de você, eu queria lhe conhecer". Agradei e disse-lhe o mesmo.

Seu Paulo estava deitado, coberto com um lençol, cabeceira da cama ligeiramente elevada. No braço direito a fluidoterapia. Estava com aparência de cansado, olhos fundos, barba por fazer. Quando me viu, sorriu e disse: "senti muito a tua falta, fiquei preocupado, não aparecesse ontem". Informei-lhe que havia chegado de viagem, naquele dia. Apertei sua mão com força, e perguntei-lhe como estava se sentindo. Respondeu-me que estava sentindo-se bem, mas que sentiu um arduzinho no peito à noite, e lhe deram o comprimido de colocar embaixo da língua e aí aliviou. Perguntou-me como fui de viagem:

Naquele dia ficamos conversando das 14 até as 15:30 horas. No início estávamos os três, mais tarde chegou seu filho, Marcos. O quarto era muito quente, o ar condicionado não estava funcionando. Havia no quarto, ao lado do banheiro, um pequeno guarda-roupa embutido; um sofá cama, duas cadeiras, um pequeno balcão em madeira, uma mesinha de fórmica com ro-

das, para refeição do paciente. Havia ainda uma pequena geladeira e um criado mudo que ficavam ao lado da cama, e, sobre o criado mudo um telefone. Na parede, acima da cabeceira da cama, uma saída de oxigênio, vácuo e ar comprimido, a campainha e uma lâmpada de cabeceira. Perguntei a seu Paulo se estava dormindo bem a noite e se não tinha muito barulho. Respondeu-me que não tinha barulho, e que não estava dormindo melhor porque ficava preocupado com o soro. Informei-lhe então, que iria dormir melhor ainda àquela noite, porque era o último frasco de soro e estava acabando. Eu havia olhado a prescrição no seu prontuário. Sua esposa disse-me que ele não via a hora de ficar livre do soro, pois queria tomar um banho de chuveiro e fazer a barba. Observei pela maneira como se tratavam que deviam se dar muito bem.

Pouco depois de eu ter ido no posto de enfermagem comunicar que o soro estava terminando, um funcionário veio retirá-lo mas entrou e saiu sem dizer uma só palavra. Seu Paulo demonstrou uma grande satisfação por se sentir mais livre. Perguntei-lhe como estava sua coluna. Respondeu-me que não sentiu mais dores, que achava que era porque antes ficava muito na cama e aquela cama da U.T.I não era muito boa. Quando perguntei-lhe se estava evacuando e urinando bem, respondeu-me que sim, que estava comendo mamão e chupando laranja.

Sua esposa perguntou-me se aceitava uma fruta ou biscoitos. Era muito simpática. Assim que cheguei, fiquei em pé ao lado de seu Paulo e ela muito prestativa pegou uma cadeira e fez-me sentar. Sentia-me muito à vontade com ela e com o filho também. Perguntei-lhe como era seu Paulo em casa. Respondeu-me que era muito nervoso, impaciente e teimoso. Ele olhou-me e esboçou um sorriso. Reforcei os problemas do stress para o coração, principalmente. Contou-me que tinha conversado com a filha a pedido de seu Paulo, sobre os netos e que ela respondeu-lhe que faria qualquer coisa pelo pai, até sair de lá se precisasse e que ela então disse-lhe que não precisaria de nada disso. Seu Paulo acrescentou: "claro que não, isso eu não quero". Falei aos dois que iriam conseguir encontrar uma maneira de resolver o problema mas que para isso teriam que conversar com calma. "É isso mesmo", diz Dona Tereza (esposa de seu Paulo).

Enquanto conversávamos, observava, que Marcos não parava de roer a unha, se é que se podia chamar aquilo ainda de unha. Dona Tereza, num dado momento, perguntou-me se tinha visto as unhas de Marcos. Ele sorriu, tinha o sorriso muito bonito, e ficou meio sem jeito. Perguntei-lhe se era nervoso e Marcos respondeu-me que sim, que não conseguia ficar parado muito tempo, que fumava muito e tomava muito café. Conversamos os três, algum tempo, sobre o comportamento de Marcos e prometi trazer-lhe, no dia seguinte, um artigo de revista sobre a personalidade do individuo coronariano. Ele mostrou-se

muito interessado.

Dona Tereza fez-me uma série de perguntas como: tipo de comida que seu Paulo poderia comer, o que ele poderia e não poderia fazer, se poderia tomar café e nescau. Se não teria que tomar um leite sem gordura, etc. Depois que lhe respondi, seu Paulo perguntou-me: " Eliane você poderia fazer um desenho do coração com o infarto como naquele livro, para eu mostrar aos filhos e parentes e guardar de lembrança ? " Fiquei surpresa com o pedido de seu Paulo e disse-lhe que faria sim e lhe traria no dia seguinte.

Perguntei-lhe como se sentia como doente e tendo um infarto. Respondeu-me: " eu não queria no começo vir para o hospital porque não queria aceitar estar doente, porque aí não podia mais trabalhar e tinha que ficar no hospital. Ele é muito bonito para se ver de fora ". E quanto ao infarto seu Paulo ? Perguntei-lhe novamente. Respondeu-me " eu sei, você já me explicou, que tenho que daqui para frente me cuidar mais para não ter outro, eu só quero poder voltar a trabalhar, mas sei que se eu fizer tudo direito, vai dar tudo certo, agora eu estou começando a aceitar mais ".

Saí do hospital às 15:30, satisfeita. Afinal havia conhecido mais duas pessoas da família de seu Paulo e apesar dele não estar com aparência muito boa, clinicamente estava bem e também um pouco mais animado do que quando cheguei.

Era quarta-feira, 24/01, 14:00 H quando cheguei no hospital. Várias pessoas aguardavam em frente ao hospital, horário de visitas aos pacientes que estavam na segunda classe. O calor era insuportável. Aqueles que chegavam mais cedo conseguiam um lugar à sombra.

Peguei o elevador e fui até o 8º andar. A porta do quarto de seu Paulo estava aberta. Sua esposa e uma das filhas (eu a conheci quando foi visitá-lo na U.T.I) estavam sentados no sofá conversando com seu Paulo que estava deitado. O filho mais novo estava assistindo televisão. Cumprimentei a todos que responderam sorrindo ao cumprimento. Sua esposa levantou-se e veio ao meu encontro estendendo a mão.

Seu Paulo estava com uma aparência muito boa. Barba feita, cabelos bem penteados, pele corada, vestia um pijama cor de vinho. Perguntei-lhe como passou a noite. Respondeu-me ter dormido bem, sem dor. Dona Tereza informou que ele tomou banho de chuveiro. Perguntei então, ao seu Paulo se sentiu cansaço, dor ou tontura durante o banho. Respondeu-me que não. Quis saber dele ainda, se estava andando no quarto. Respondeu-me que sim que fazia pouco tempo que tinha ido para cama. Disse-lhe que o estava achando ótimo, que acreditava que teria alta logo. Informou-me que o médico havia lhe dito que até sábado lhe daria alta.

Seu Paulo, perguntou-me " trouxe o desenho do coração?". Respondi-lhe que sim e entreguei-lhe. Ao mesmo tempo entreguei à Marcos a revista que havia lhe prometido. Com um sorriso nos lábios, seu Paulo agradeceu-me e disse " vou colocar num quadrinho ". Achei graça e sorri. Sua esposa e filhos levantaram-se para ver o desenho. Pedi então, a seu Paulo que lhes explicasse. Meio sem jeito, ele explicou como ocorria o infarto e mais uma vez verifiquei que tinha entendido o que lhe ocorreu. Abri um livro e mostrei a todos uma figura do coração e artérias coronárias. Fizeram-me uma série de perguntas relacionadas a doença.

Mais tarde chegou a filha mais velha de seu Paulo e Dona Tereza apresentou-me dizendo que ela queria muito conhecer-me, pois o pai havia falado muito de mim. Agradei e perguntei se era ela quem trabalhava com ele. Respondeu-me que sim. Disse-lhe então que seu Paulo falou-me dela, que conversavam muito enquanto trabalhavam que eram muito amigos. " É, disse-me, eu estou sentindo muita falta dele ". Seu Paulo ouvia-nos em silêncio.

Perguntei a seu Paulo se sabia como estava sua pressão arterial. Ele respondeu-me que sempre que perguntava respondiam-lhe que bem mas não diziam os valores. Naquele momento entrou uma funcionária, não cumprimentou ninguém, e disse para seu Paulo que tinha remédio. Ele estava sentado no sofá e ela lhe aplicou uma medicação na veia. Achei estranho, pois

até o dia anterior não havia medicação endovenosa prescrita. Perguntei-lhe que medicação era aquela. Ela não me olhou e continuou administrando. Perguntei-lhe se era o anti-coagulate. Quando terminou de administrar olhou-me com um jeito bem arrogante e disse-me: " nós não podemos dizer o remédio que o paciente está recebendo ". Achei a resposta absurda e disse-lhe que eu era enfermeira (eu não estava uniformizada). Ela disse-me então: mesmo assim nós não podemos falar, e saiu.

Fiquei envergonhada com aquela cena, tentei amenizar, dizendo a seu Paulo que ela devia ter recebido orientação para agir daquele jeito, que não devia ser por mal. Ele falou: " sabe Eliane, a única pessoa esse tempo todo que estou no hospital que explicava tudo que ia fazer e os remédios que eu tomava e até pedia minha sugestão, foi você ". Disse-me ainda que se sentia muito seguro com os cuidados que eu lhe dava e me achava uma pessoa muito humana e que seguiria todas as orientações que lhe dei. Agradei e disse-lhe que iria conversar depois com a funcionária.

Fiquei um pouco mais com ele e a família e lembrei-me de ter lhe perguntado o que mais o incomodou quando estava no C.T.I. Respondeu-me: " aquele negócio no nariz quando cheguei e aqueles fios ". Despedi-me de todos, dizendo-lhes que voltaria no dia seguinte.

Quando saí do quarto fui até o posto de enfermagem e perguntei à uma funcionária onde poderia encontrar a enfermeira responsável. Ela respondeu-me que já havia saído e que no dia seguinte não viria. Agradei e fui até a sala de escrituração apanhar o prontuário de seu Paulo. Estava prescrito a mesma medicação do dia anterior e o anticoagulante continuava por via subcutânea e não havia medicação endovenosa. Fiquei fazendo algumas anotações para mim enquanto esperava que "aquela funcionária" aparecesse. Assim que a vi, chamei-a e lhe mostrei a prescrição, dizendo-lhe que havia se enganado de via e que deveria prestar mais atenção. Ela olhou-me ruborizada e disse, "mas pode ser por via endovenosa". Disse-lhe que podia sim, mas que não era recomendável e os riscos de uma hemorragia seriam maiores, e que a absorção deveria ser lenta. Ela olhou-me ainda mais envergonhada e disse-me reconhecer o erro.

Estava guardando o prontuário quando apareceu a esposa de Paulo, pedindo-me para ir até o quarto, que havia chegado seu filho mais velho e a filha caçula e ela queria que eles me conhecessem. Quando entrei no quarto seu Paulo estava mostrando para os dois o desenho que eu havia lhe feito. Os dois, como os demais, eram muito simpáticos. Conversamos mais alguns minutos, e despedi-me novamente.

Naquela 5ª feira 25/01, último dia planejado para visitar seu Paulo no hospital, resolvi ir mais tarde quando o sol já não estivesse tão quente. No caminho para o hospital encontrei o filho mais novo de seu Paulo, Marcos, que estava vindo da visita ao pai. Ele apertou forte minha mão, ao cumprimentar-me, como fazia seu Paulo. Antes que eu lhe perguntasse, disse-me que havia lido o artigo sobre a personalidade do coronariopata e o que achou e que a revista estava no hospital. Perguntei-lhe como estava seu pai, disse-me que muito bem.

Quando cheguei no quarto, seu Paulo estava andando no quarto, sua esposa sentada. Como sempre faziam, receberam-me muito bem. Ele informou-me que o médico lhe daria alta no dia seguinte ou sábado e falou-me isso com satisfação estampada no seu rosto. Ele já sabia que no dia seguinte eu não viria pois iria viajar como vinha fazendo toda sexta feira.

Perguntei-lhe se havia recebido alguma injeção naquele dia. Respondeu-me que sim. Quiz saber se foi na veia. Respondeu-me que não, que tinha sido no músculo (deveria estar falando da subcutânea). Perguntei-lhe também se queria me perguntar alguma coisa, se tinha alguma dúvida. Respondeu-me que não, achava que tudo que lembrava de perguntar já tinha perguntado.

Naquela tarde seu Paulo recebeu a visita de uma cunhada, sobrinhas e dois vizinhos, além de duas filhas. Antes de sair, combinei com seu Paulo que ligaria para sua casa na 2ª feira para saber como estava. Na hora da despedida, estavam duas filhas e a esposa. Todas agradeceram muito a assistência que seu Paulo havia recebido e as visitas que eu havia lhe feito. Convidaram-me com muita insistência para visitá-los. Eu lhes falei que iria sim.

Quando saí do quarto fui até a sala de escrituração para ver se encontrava mais alguma informação sobre o estado de seu Paulo no seu prontuário. Mas não havia nenhuma informação médica além das que eu já conhecia. Havia somente a de enfermagem: "sem queixas" e os valores dos sinais vitais que estavam todos normais.

No dia 29/01, 2ª feira, liguei para casa de seu Paulo. Falei primeiro com sua esposa e depois com ele. Disse-me que saiu do hospital na 6ª feira (26/01) a tarde, que estava bem, que iria fazer o cateterismo mas ainda não sabia a data, que estava tomando certinho os remédios, etc.

Depois desta data, falei com o filho mais moço e a filha casada, três vezes, e deram-me notícias de seu Paulo. A última vez que tive notícias dele, foi em dez de julho, e soube que fez cateterismo, que estava com falta de sensibilidade no braço esquerdo e que estava um pouco nervoso por isso, que já

havia ido ao médico, mas que não melhorou. Informou-me também, Marcos, que seu Paulo não estava aceitando muito a comida sem molho, que estava uma pouco impaciente.

No dia 16/08 fui visitar seu Paulo em sua casa após combinarmos, por telefone no dia 12/08.

Estava um dia feio e chovia muito. Cheguei em sua casa às 15:00 horas. Seu Paulo foi quem me recebeu, demonstrou grande satisfação em me ver, sorriu e me deu um forte aperto de mão convidando-me a entrar. Ficamos conversando na cozinha durante todo o tempo. Disse-me que achava que eu não fosse, devido a chuva. Estava com uma aparência ótima, e muito bem vestido. Trazia na cabeça um boné muito bonito. Depois de mais ou menos 5 minutos Dona Tereza entrou na cozinha, abraçou-me fortemente e deu um largo sorriso dizendo estar muito satisfeita por eu estar ali, e que seu Paulo sempre falava em mim. Conversamos, os três, durante quase duas horas. Seu Paulo disse-me que achava que eu tinha casado e mudado de Itajaí pois havia lhe prometido uma visita e não apareci e isso, cobrou ele, " faz quase 7 meses ". Pedi-lhe desculpas dizendo-lhe que de vez em quando recebia notícias suas pelo seu filho, Marcos. Ele disse-me que sabia disso, pois sempre que Marcos me via falava para ele. Nesse dia só estavam os dois em casa. Seu Paulo contou-me que depois do cateterismo cardíaco sentiu forte dor no braço e precisou procurar seu médico que achou melhor que internasse para poder desco-

brir a causa e tratar. Havia ficado internado três dias e melhorou. Disse-me, sem que lhe perguntasse, que deixou definitivamente de fumar e nem pensava em voltar a fumar. Quando perguntei-lhe se estava caminhando, respondeu-me que é o que mais fazia, que os filhos até brigavam com ele, para sossegar mais em casa, mas ele respondia-lhes que gostava de caminhar e isso lhe fazia bem. Perguntei-lhe se estava cuidando da dieta, aí olhou para Dona Tereza meio sem jeito. Dona Tereza disse-me que ela tinha que estar de olho o tempo todo nele, que as vezes o pegava na geladeira comendo o que não devia. Lembrei a seu Paulo da conversa que tivemos quando estava no hospital, sobre a dieta que teria que fazer, pobre em gordura. Ele disse-me que era só uma vez ou outra que tentava "escapar um pouco" e sorriu olhando para Dona Tereza que também sorria. Eles pareciam que se davam muito bem. Perguntei se estava tomando os remédios direitinho, respondeu-me que sim. Dona Tereza pediu licença e foi buscar os remédios que ela e ele estavam tomando, ela era hipertensa, mas se cuidava muito bem. Seu Paulo estava tomando antiarrítmico e antitrombótico somente, e era ela quem lhe dava os remédios porque por ele não tomava nenhum, disse-me Dona Tereza. Seu Paulo, brincando, colocou a mão no rosto como se estivesse envergonhado. Disse-me ela também, que sempre que ele saía, ela lembrava de colocar o vasodilatador no bolso de sua calça como eu havia lhe recomendado.

Contou-me seu Paulo que não teve mais dor no peito, desde que saiu do hospital, que estava muito bem sem qualquer problema. Disse-me que seus fregueses de sacola, de vez em quando perguntavam-lhe quando voltaria a trabalhar. Perguntei-lhe por que não voltava a fazer suas sacolas devagarinho. Respondeu-me que estava pensando nisso, pois já estava aborrecendo-se por não fazer nada. Convidou-me a conhecer a casinha no quintal onde trabalhava. Havia lá uma máquina de costura antiga e muita napa e couro. Mostrou-me uma sacola grande que fez antes de ocorrer o infarto, era muito bem feita e elogiei-o.

Perguntei a seu Paulo quando voltaria a ter outra consulta médica. Respondeu-me que iria na semana seguinte, pois o medico havia lhe dito para retornar na segunda-quinzena de agosto. Perguntei-lhe de quanto em quanto tempo estava fazendo consulta médica. Informou-me que mais ou menos de 2/2 meses. Dona Tereza colocou a mesa do café e fez questão que eu tomasse, tinha um pão de casa muito gostoso e uma brôa de côco deliciosa. Conversamos sobre vários assuntos. Perguntei-lhe se sua filha desquitada não morava mais ali. Dona Tereza respondeu-me que não, que havia casado novamente e que estava muito bem e morava numa cidade vizinha dali. Seu Paulo disse que a casa continuava ali e não seria ocupada, porque se caso ela quizesse voltar não teria problema. Dona Tereza disse-me que seu Paulo é muito impaciente e que os netos as vezes reclamavam. Ele concordou e disse que Dona Tereza era o seu

oposto, que era calma demais.

Seu Paulo perguntou-me se não poderia dar-lhe novamente, o meu endereço e telefone pois havia perdido. Disse-me que ele e Dona Tereza um dia iriam visitar-me. Os dois convidaram-me a conhecer a casa e o quintal. Seu Paulo mostrou-me o pé de café que cuidava com carinho e sempre colhia, torrava e mandava moer, mostrou-me também uma cesta com muitos grãos de café.

Quando me despedi, os dois agradeceram muito a visita e convidaram-me muito para visitá-los novamente. Disse-me, Dona Tereza, que eles nunca esqueceriam a atenção que seu Paulo recebeu no hospital. Falei a seu Paulo que estava muito satisfeita por vê-lo tão bem, mas que deveria se cuidar mais e não deixar, só por conta de Dona Tereza, os seus cuidados. Ele sorriu e disse que ela gostava e afinal se ela o queria por mais tempo tinha que cuidar bem dele e sorriu.

Saí e disse-lhes que voltaria a visitá-los, mas não sabia quando. Falei também que poderiam visitar-me.

RESUMO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

CONCEITO PRINCIPAL	CONCEITOS RELACIONADOS COM ESTRESSE	PROBLEMA	OBJETIVO	ACCES DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
ESTRESSE	Comunicação, Percepção, Interação	1- Não ter conseguido dormir devido ao desconforto e a falta de atenção para alívio de enfermagem durante o período. 2- Preocupado com o colapso físico cardíaco 3- Desconforto sobre as rotinas da unidade 4- Não saber como falar com a filha sobre o problema com os avós	A interação enfermeira-paciente deverá ser efetuada de modo a que o paciente participe. 1.1- Sentir-se satisfeito com a assistência de enfermagem por valorizar suas queixas e ter condições favoráveis ao tratamento. 2.1- Expressar suas dúvidas e preocupações e perceber iniciativas de atenuá-las. 3.1- Manter-se informado sobre as rotinas da unidade. 4.1- Encontrar a maneira para expressar o problema à sua filha.	1- Iniciar com alívio as queixas do paciente; 2- Promover compreensão; 3- Promover alívio das suas queixas; 4- Favorecer condições de sono propiciando conforto ao leito e ambiente mais agradável com mais privacidade e mais individualização possível. 5- Estimular a falar de suas preocupações e dúvidas com relação ao caso; 6- Esclarecer suas dúvidas mantendo tranquilidade. 7- Prestar informações ao paciente acerca das refeições, visitas dos familiares, planos de cuidados, planejamento de enfermagem, tempo médio de permanência dos pacientes na unidade etc. 8- Ajudar o paciente a encontrar a maneira de como falar com sua filha e encorajá-lo.	Após expor suas queixas ser atendido nos seus pedidos receber um atendimento mais individualizado e individualizar o ambiente mais favorável ao sono, seu filho ficou mais tranquilo e conseguiu ter bons períodos de sono. Paciente desconforto com o que era realizado e não se sentia compreendido. Após ser informado demonstrou menos preocupação. Paciente foi orientado quanto as rotinas e disse não concordar com a rotina de visitas, que deveria ser permitida o paciente receber visitas por dia. Paciente pediu a sua esposa para conversar com a filha. Após a conversa, sua filha compreendeu a situação, dizendo que deveria mais atenção das crianças.
PAZ	Comunicação, Percepção, Interação, Estresse	1- Preocupado por acreditar que talvez não possa mais trabalhar 2- Preocupado por acreditar que não poderá mais fazer o seu lazer predileto que é pescar	As ações de enfermagem deverão ser capazes de: 1.1- Esclarecer que a doença não impedirá de continuar a fazer o seu trabalho. 2.1- Esclarecer que a doença não impedirá de continuar a fazer seu lazer.	1- Orientar a não deixar objetos pessoais e instrumentos de trabalho no consultório, esclarecendo a importância de retornar suas atividades normais de vida. 2- Orientar que poderá voltar a pescar no lago após em boas condições físicas, mas que isso dependerá muito de sua ajuda no tratamento.	Paciente depois de conversas sobre a doença e sobre seu trabalho, parece ter compreendido que poderá voltar a fazer suas coisas. Paciente aceitou as orientações e voltou a pescar 4 meses após o episódio de infarto.
INDICAÇÃO DE RESCISO	Comunicação, Percepção, Estresse, Interação	1- Pedir ao não alta hospitalar devido ao desconforto com a assistência de enfermagem e o ambiente da U.I. 2- Falta de conhecimento sobre a doença, tratamento e reabilitação.	Após atendimento de emergência, o paciente deverá ser capaz de: 1.1- Compreender a necessidade de sua permanência no hospital. 2.1- Pedir ao não alta hospitalar devido ao desconforto com a assistência de enfermagem e o ambiente da U.I.	1- Orientar o paciente sobre o seu desconforto com a assistência de enfermagem; 2- Esclarecer as implicações que sua alta hospitalar precoce trará a sua recuperação; 3- Conversar com o médico assistente sobre a possibilidade de transferir o paciente para outra unidade.	Paciente não pediu alta e permanecendo no médico assistente sua transferência para outra unidade para que ficasse junto com seus familiares. Foi transferido ficando em companhia da esposa durante os sete dias que ainda permaneceu no hospital.
CONSCIENTIZAÇÃO E RESCISO	Comunicação, Percepção	1- Falta de conhecimento sobre a doença, tratamento e reabilitação.	O paciente deverá ser capaz de: 1.1- Esclarecer dúvidas relacionadas com relação aos cuidados à saúde	2- Estimular a verbalizar suas dúvidas com relação a doença; 3- Esclarecer suas dúvidas; 4- Promover outras informações sobre a doença, e orientar a deixar de fumar.	Após conversas após sobre a doença e tratamento, inclusive incidência de algumas fissuras sobre o corado para melhor entendimento, paciente demonstrou ter entendido a doença e os cuidados que deveria ter. Na visita hospitalar fez alguns pedidos após a alta hospitalar constatou que estava seguindo as orientações e inclusive deixou definitivamente de fumar e mudou seus hábitos alimentares.

7. - DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO

Neste capítulo será feita uma comparação da situação encontrada na prática assistencial com aquela encontrada na literatura, sobre os conceitos do marco conceitual. Em seguida, serão apresentadas, as facilidades e dificuldades encontradas e como ocorreu o processo de compreensão e aplicação da teoria de King.

7.1 - Discussão dos Conceitos do Marco

Estresse

King (1981, p. 147) refere ser o estresse, uma " resposta energética de um indivíduo a pessoas, objetos e eventos chamados estressores. "

Pode constatar nesse trabalho os vários fatores, a que se refere King, que causaram estresse ao indivíduo infartado. Fatores esses que guardavam relação direta com o ambiente hospitalar, com o comportamento das pessoas que atendiam o

paciente e com as situações por ele vividas enquanto doente e hospitalizado. Essa constatação veio confirmar o que vimos na revisão de literatura sobre a relação indivíduo infartado, UTI ou UC e estresse.

Os dados apresentados nos processos de enfermagem que ilustram este trabalho, revelam que os problemas relacionados ao estresse, mais frequentemente encontrados nos pacientes do estudo diziam respeito a separação da família, ocasionada pela hospitalização e pela necessidade de serem internados em um U.T.I ou U.C, e o medo da incapacidade física para o trabalho. Ambos os problemas foram encontrados em 8 dos 15 pacientes do trabalho. A separação do círculo familiar e a impossibilidade de manter um contato maior com os familiares, representaram problemas de grande importância para os pacientes internados no hospital, principalmente em U.T.I, como demonstrado por autores como: Kamyama (1972), Koizumi et al (1979), Barbato et al (1982), Padilha (1983) e Kimura (1984).

Observei reações de choro em alguns pacientes, pela simples lembrança da família, fato também registrado por Padilha (1983), em estudo realizado com pacientes coronarianos submetidos a tratamento intensivo e por Kimura (1984) no seu trabalho sobre problemas dos pacientes de unidades de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros.

Em alguns pacientes, o sentimento de solidão esteve presente como manifestação do problema relacionado a separação da família, fato esse também encontrado no trabalho de Kimura (1984). A preocupação manifestada pela maioria dos pacientes, 14, pelo fato de estarem distantes dos seus familiares, vem comprovar a afirmação de Nogueira (1977, p. 328) quando diz que a " família constitui o grupo social mais importante do indivíduo, e como uma das funções mais importantes está a estabilidade econômica e a emocional ".

Com relação a estabilidade econômica, é interessante lembrar que fizeram parte deste trabalho, um número significativo de indivíduos na faixa etária economicamente ativa, a maioria chefes de família e com baixo nível sócio-econômico como mostra o quadro no anexo (II). Por encontrarem-se na condição de pacientes com infarto agudo do miocárdio, doença que mostra conotação de incapacidade funcional, associado ao fato de estarem internados em U.T.I, observamos que foi grande a preocupação desses pacientes, com as repercussões do seu estado de saúde no suporte econômico da família.

Além desses problemas mencionados, também estiveram presentes com menor frequência, a dor intensa no peito, a percepção de morte iminente, a falta de valorização de suas queixas de dor, a preocupação em saber de suas condições de saúde, o fato de precisar ficar hospitalizado, ter que fazer o cateterismo e o descontentamento com a assistência de en-

fermagem.

A dor precordial como fonte de estresse emocional é mencionada por Meltzer et al (1984), Pagluica (1980), e Padilha (1983), os quais constataram, em estudos realizados com pacientes cardíacos internados em U.T.I., que a dor é um problema de grande importância. Kimura (1984), também observou em seu estudo que a dor assumiu posição de destaque como problema sentido pelos pacientes.

Outro problema relacionado ao conceito estresse percebido em um paciente foi o fato de desconhecer sobre sua doença e tratamento. Esse achado veio confirmar o que refere Bloch e Bersier (1981) que o doente não informado pode, efetivamente, interpretar a vigilância constante de que é objeto como um sinal de gravidade do seu estado.

O fato de precisar ficar hospitalizado gerou em alguns pacientes manifestações de desequilíbrio emocional como: falar muito, tom de voz muito alto, movimentos constantes das mãos. Observei como causadores desse problema, fatores relacionados a preocupação com o trabalho que deixou por fazer, a instabilidade financeira, a responsabilidade como chefe de família, a interrupção súbita do ritmo de vida e de hábitos como fumar e tomar muito café.

Ter que fazer o cateterismo cardíaco foi demonstrado como problema, por 3 pacientes, e estava associado à falta de esclarecimento sobre o exame.

O descontentamento com a assistência de enfermagem foi referido por dois pacientes e manifestado pelo desejo de alta hospitalar e irritabilidade. Tinha como causa a pouca comunicação enfermagem-paciente, e a demonstração de insegurança emocional de alguns elementos da equipe. Tal fato lembra o que citam Ciosak e Sena (1983), que a assistência emocional depende da comunicação e de um relacionamento efetivo entre paciente e enfermeiro e acrescentam entre outros a falta de confiabilidade nos seus serviços como agente de insegurança e desconfiança da assistência recebida pelo paciente, pois para eles a situação exige seriedade profissional e responsabilidade. Estas, segundo as autoras, podem ser traduzidas desde as mais altas decisões até os menores gestos manifestados na assistência ao paciente.

A negação da doença como resposta emocional após o infarto, também se mostrou presente nesse trabalho em dois pacientes. Compartilho com Block e Bersier (1981), Meltzer et al (1984), quando afirmam que os pacientes a utilizam como mecanismo de defesa e é definido por Meltzer et al (1984, p. 90) " como um esforço consciente ou inconsciente de negar as emoções sentidas, como ansiedade ou depressão, com o infarto do miocárdio e com a hospitalização ".

Problemas dessa natureza, relacionados ao estresse, fazem parte do dia das U.T.Is e veem comprovar a afirmação de Epstein (1977), de que o paciente não deixa a sua essência humana na portaria do hospital, mas traz consigo suas preocupações e sentimentos, assim como experiência de vida, percepções, comportamento e atitudes. E como considera King (1981) essas características dos seres humanos são essenciais para que possamos compreendê-lo e assisti-lo integralmente como pessoa.

Percepção, Comunicação e Interação

De acordo com King (1981) a percepção é a consciência que o indivíduo tem das pessoas, objetos e acontecimentos. É subjetiva e pessoal e influencia na comunicação, interação e transação humana.

Neste estudo tive oportunidade de verificar como o indivíduo infartado percebia a si mesmo, a sua doença, o ambiente hospitalar, o tratamento que estava recebendo, a hospitalização e o seu relacionamento com as pessoas. Com relação a percepção sobre si mesmo, a maioria dos pacientes disse estar impaciente, nervoso e muito preocupado, principalmente com a família e com o trabalho. Quatro pacientes alegaram serem calmos, sendo que um deles disse ser "aparentemente calmo". Um outro que disse ser calmo, era percebido por sua esposa como "nervoso e impaciente". Observei que aqueles que se

percebiam nervosos e preocupados, demonstraram esse comportamento através de inquietação no leito, desconfiança, negação da doença e intolerância ao repouso. Isso veio confirmar o estudo feito por Friedman e Rosenman citados por Oliveira (1981), Bloch e Bersier (1981) e Campos (1984) sobre o comportamento dos doentes coronarianos. Esses autores constataram que os indivíduos que sofrem de doenças das coronárias são inquietos, sentem-se culpados pela ociosidade a que contragosto se encontram, intolerância e impaciência quando tem que esperar, permanente estado de alerta, não toleram revelar dependência ou fraqueza, omitindo muitas vezes, as próprias manifestações da doença.

Outro aspecto que considerei importante dentro dos fatores psicossociais relacionados a doença coronariana, é o modo como o paciente infartado vive a sua doença. Constatei que a maioria percebeu a doença como ameaça de perda, perda da saúde, da vida, do poder social e econômico. Acredito que esses sentimentos influenciam no comportamento negativo dos pacientes, que também mostraram posturas diferentes nos momentos que recebiam maior atenção. Com relação a isso, King (1981) considera que o enfermeiro precisa ter noções sobre o contexto social, psicológico e cultural que formam o emocional do ser humano, para poder entendê-lo na sua totalidade e captar as reações que ele apresenta em relação a doença.

Quanto à percepção do paciente infartado sobre o ambiente hospitalar, mais precisamente sobre a U.T.I ou U.C, a maioria referiu problemas que ultrapassaram a esfera física, atingindo dimensões mais amplas, a nível psicológico e social. Entre os problemas citados estavam a pouca comunicação do pessoal de enfermagem, alguns citaram solidão, descontentamento com o curto espaço de tempo da visita dos familiares, o número limitado de visitantes, não gostar da alimentação e falta de condição favorável ao sono. Problemas dessa natureza foram também encontrados por Koizumi et al (1979), Barbato et al (1982) e Padilha (1987), em estudo com coronariopatas submetidos a tratamento em U.T.I e U.C. Observaram esses autores que os coronariopatas, referiram-se à separação da família, solidão, não gostar do ambiente físico e das rotinas a que é submetido, atividade ininterrupta da equipe e falta de atenção individualizada, como os principais problemas sentidos.

Pude constatar também que os mesmos pacientes que percebiam a unidade como estressante, também a percebiam como um ambiente seguro devido a tecnologia e a vigilância lá existente. Este fato foi observado quando o paciente disse : " me sinto seguro aqui porque tem bastante aparelho ", " toda hora vem gente atender " e outras afirmações semelhantes. Barbato et al (1982) também verificaram, estudando coronariopatas, que a maioria dos pacientes percebia a Unidade como um ambiente seguro, devido à importância da atenção frequente e da tecnologia existente. Do mesmo modo, Mocavero et al, citado

por Padilha (1987), em estudo feito com pacientes em U.T.I e de U.C, constataram, após a alta hospitalar, que a maioria deles percebeu essas unidades como locais seguros, principalmente pela presença constante dos médicos e enfermeiros.

A percepção quanto ao tratamento médico e de enfermagem dentro da U.T.I ou U.C, foi referida por 13 dos 15 pacientes com "estou sendo muito bem tratado", "estão sempre aqui, vendo a pressão e o pulso, dando remédio". O único paciente que demonstrou descontentamento com a assistência de enfermagem prestada pelo pessoal da U.T.I, referiu o contrário quando a comparou com a assistência que estava recebendo na unidade de clínica médica. Apesar da maioria ter percebido a assistência como boa, quase todos sentiram a falta de uma maior comunicação do pessoal de enfermagem com eles. Da mesma forma, Kimura (1984), em estudo sobre os problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva, observou que, muito dos pacientes expressaram, não apenas a necessidade de falar com maior frequência sobre assuntos casuais, mas de manter um diálogo mais direto e profundo com a equipe. Segundo a autora, assumindo esse tipo de relacionamento, o enfermeiro terá real oportunidade de tomar consciência da pessoa do paciente, auxiliando-o a superar, positivamente, a difícil experiência vivenciada.

Carneiro (1982) constatou em seu trabalho com pacientes e enfermeiros em U.T.I, que houve pouca comunicação entre equipe de enfermagem e paciente, e esta se dava geralmente em torno da doença ou do tratamento, raramente tendendo a um diálogo ou conversa mais amena, tornando-se um dos fatores de maior tensão entre as demais fontes estressoras da Unidade de Terapia Intensiva.

Dois pacientes perceberam a atitude dos profissionais do setor de emergência, como desumana por não valorizarem suas queixas de dor. Observei no momento desse relato que os pacientes se mostraram emocionalmente abalados, manifestado através do choro e voz tremula e movimentos contínuos das mãos. Fiquei então imaginando como devia ter sido estressante para esses pacientes vivenciar aquela experiência. Quanto a percepção sobre a hospitalização, esta foi referida por alguns, como necessária ao tratamento e por outros como uma experiência ruim por afastá-los do seu convívio com a família, e do trabalho.

A maioria dos pacientes, 13, disse ter um bom relacionamento com a família, vizinhos e no emprego, fato esse que constatei, pelos telefonemas e visitas que recebiam. Quanto ao relacionamento com a equipe médica, a maioria percebia como muito superficial e rápido e teve quem dissesse que eles não gostavam de conversar com os pacientes.

Esse fato foi também constatado no estudo de Carneiro (1982) quando demonstra que a atuação sem explicação é mais frequente nas mensagens da equipe médica do que na equipe de enfermagem. No que se refere a comunicação com a enfermagem, essa também ficou a desejar na opinião dos pacientes, pois a maioria disse sentir solidão, e receber pouca informação sobre suas condições de saúde, pouco ou nenhum esclarecimento sobre a doença e tratamento.

No trabalho de Carneiro (1982) sobre a comunicação enfermeiro/paciente na U.T.I, 80,3% dos pacientes entrevistados informavam que não houve nenhum momento no qual teriam gostado que a equipe de enfermagem não tivesse conversado com eles, 13,7% disseram que teriam gostado de não ter conversado quando queriam dormir, 3,9% quando estavam cansados, 2% quando estavam com dor. Isso levou a autora a concluir que a comunicação do paciente com a equipe de enfermagem, só desagradam aos pacientes se forem efetuadas em momento inoportuno. Neste mesmo estudo, a autora também constatou que a comunicação entre a equipe de enfermagem e paciente não foi suficiente porque 64,7% (33 pacientes) gostariam que tivessem conversado mais, destes, 63,6% (21 pacientes) disseram que teriam gostado que a equipe de enfermagem tivesse conversado mais sobre os procedimentos da equipe de saúde; 51,5% sobre coisas para distrair; 45,5% sobre seu estado de saúde e 36,4% gostariam de ter conversado sobre o tratamento.

No estudo de Santos, citado por Stefanelli (1985) ficou evidente, os problemas de comunicação enfermeira/paciente, quando da ministração de medicamentos: a maioria dos pacientes manifestou o desejo de receber informação sobre a medicação; mais da metade da população não recebeu informação e dos que receberam somente 2,5% a consideraram satisfatória, e os pacientes que deixaram de pedir informação o fizeram por receio e desconhecimento de seus direitos. Esses resultados mostram que a comunicação enfermeiro-paciente foi inadequada. Segundo a autora, cabe a enfermeira dar o primeiro passo a interação com o paciente e decidir; de acordo com a situação de cada um de que informação ele necessita e qual pode ser dada. Para King a enfermeira usa a comunicação interpessoal a fim de ajudar o cliente a mover-se em direção à saúde, ela precisa estar atenta a comunicação que ocorre entre ela e o paciente. Segundo Epstein (1977), é preciso que a enfermeira esteja sempre atenta, não só para desenvolver sua habilidade em técnicas de comunicação, como, também, em desenvolver esta habilidade no paciente, para que possa interagir, tanto com a enfermeira, comunicando suas necessidades, como com as outras pessoas que o cercam.

Amorim (1979), em seu trabalho sobre a necessidade de humanizar a enfermagem, deixa evidente a importância da comunicação no relacionamento enfermeiro-paciente, Stefanelli (1981) apresenta uma revisão de literatura sobre a importância da comunicação enfermeiro-paciente, qualquer que seja sua

área de atuação, dá ênfase à comunicação terapêutica e resalta a necessidade de pesquisas sobre o assunto e de mais atenção a este aspecto nos currículos das escolas de enfermagem.

Na leitura de Koizumi (1975) fica evidente a importância da comunicação enfermeira-paciente, no atendimento das necessidades básicas o paciente, quando diz ser necessário que a enfermeira saiba utilizar inteligentemente a comunicação para assegurar a adequada assistência de enfermagem.

Kimura (1984), através de depoimentos de pacientes, conclui que esses esperam do enfermeiro muito mais do que eficiência e desempenho técnico no atendimento de suas necessidades afetadas, esperam auxílio no período de crise que estão atravessando, facilitando-lhes a adaptação, superando positivamente à doença e às circunstâncias dela decorrentes.

Com relação a comunicação não verbal do paciente, constatei que esta ocorreu por várias vezes, manifestada através do choro, apatia, desconfiança, inquietação no leito e também se manifestou através de um olhar carinhoso, aperto de mão, voz suave, sorriso aberto.

Procurei utilizar, na prática assistencial, com esses pacientes também a comunicação não verbal, através de gestos como segurar a mão do paciente, passar a mão em sua cabeça,

porém observei que estes gestos em nenhum momento foram lembrados pelo pessoal da enfermagem das unidades. Estes gestos, tão simples no meu entender, podem ser muito importantes para quem se sente só, receoso, inseguro e sofrendo e isto lembra o que refere Leung citado por Takahashi (1985), de que muitas vezes, o enfermeiro está tão concentrado na execução de procedimentos, que não percebe a importância de tocar o paciente fora dessas circunstâncias; esse toque muitas vezes oferece ao paciente bem estar físico e psicológico. Segundo este autor o toque reforça a comunicação verbal e até mesmo substitui a palavra. Para Mereness (1973) a comunicação não verbal está muito relacionada a comunicação verbal, sendo que os aspectos não verbais muitas vezes dão maior clareza e exatidão à comunicação do que as palavras em si.

No estudo de Carneiro (1982), foi constatado com relação à forma de mensagens observadas na comunicação que a mensagem não verbal é muito mais emitida pelo paciente (114) do que pela equipe de enfermagem (25) e equipe médica (09) e que a comunicação verbal teve predomínio nas três populações. A autora também concluiu no seu estudo que as mensagens não verbais emitidas pelos pacientes muitas vezes não são respondidas ou percebidas pela equipe de enfermagem.

Com relação a interação, King (1981) informa que é por meio desta que a enfermeira identifica os problemas do paciente em relação à experiência vivida no momento e pode de-

terminar os objetivos de sua assistência.

Acredito que neste trabalho o processo de interação enfermeiro-paciente se mostrou presente uma vez que os pacientes conseguiram expressar suas dúvidas, preocupações, temores, expectativas, percepções e necessidades, demonstrando sentirem confiança na assistência que estavam recebendo e receptividade além do que se dispuseram a participar no seu processo de recuperação. Isso lembra o que refere Walke (1977), que em geral é a enfermeira que mais tempo passa junto ao paciente e quando este percebe que essa é sensível aos seus sentimentos, está interessada na sua pessoa e na compreensão de seus problemas e sentimentos, ele sente-se livre para expressá-los.

Papel

Nesse estudo ficou evidenciado que para o indivíduo infartado, o papel de doente e hospitalizado foi vivenciado pela maioria como uma experiência não desejada, negativa, uma vez que os afastou do seu papel social até então desempenhado, ora como chefe de família, dona de casa e profissional. Constatei que o maior temor daqueles que se encontravam dentro de uma faixa etária produtiva, era a idéia de não poder mais trabalhar ou ter que mudar de profissão.

Foi interessante observar que os pacientes com mais idade tenderam a aceitar mais o seu novo papel do que os mais jovens. Acredito que isso ocorre devido ao fato de pessoas mais jovens terem dificuldade de assumirem a atitude de dependência, uma vez que a doença impõe certas limitações, enquanto que como diz Manzolli (1983) as pessoas com mais de 60 anos parecem ser mais dependentes e complacentes e parecem aceitar mais facilmente as limitações

Tomada de Decisão

Para King, a tomada de decisão são julgamentos feitos que afetam o curso da ação a ser tomada numa situação específica. Os dados apresentados no processo de enfermagem, demonstram que as decisões tomadas pelos pacientes se referiram ao exame diagnóstico, a assistência prestada e problemas pessoais, portanto a área física e psicológica. Um fato que considerei importante, foi o de que estava acostumada a ver o paciente delegar responsabilidade sobre ele, ao pessoal médico e de enfermagem e agora estava vendo-o participar de decisões sobre fazer ou não exame; pedir ou não alta hospitalar. Isso deixou-me satisfeita. Acredito que a interação enfermeiro-paciente contribuiu em muito para que ocorresse a tomada de decisão do paciente.

Crescimento e Desenvolvimento

Para King o crescimento e desenvolvimento ajuda a mover o indivíduo em direção a maturidade e envolve mudanças comportamentais.

Nesse estudo, foi percebido o crescimento e desenvolvimento do paciente infartado através da melhora de suas condições físicas, maior participação nos seus cuidados, conhecimento sobre sua doença, tratamento e reabilitação. Em somente dois pacientes que foi mantido contato mais prolongado, foi possível constatar mudanças nos seus hábitos alimentares e o abandono ao cigarro.

Aspectos Positivos

Um aspecto positivo a meu ver muito importante foi a constatação de que todos os conceitos do marco conceitual elaborado, puderam ser operacionalizados, como podemos observar no capítulo sobre a discussão dos conceitos do marco. A teoria favoreceu o relacionamento interpessoal paciente-enfermeiro, tornando a assistência mais humanizada. Outros aspectos positivos foram: a participação dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento e maior atenção do enfermeiro ao aspecto psicológico da assistência, tendo em vista o processo de interação que ocorreu entre a enfermeira e os pacientes. Não poderia deixar de citar a mudança de minha atitude como

profissional até então muito intervencionista e pouco comunicativa e agora utilizando mais a comunicação e permitindo a participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento e nos seus cuidados.

Dificuldades Encontradas

Uma das dificuldades encontradas foi o desconhecimento da equipe sobre a teoria, enquanto essa seguia o modelo médico implantado, eu trabalhava a teoria de King sózinha e isso fez com que me sentisse desarticulada do trabalho da equipe. Outra dificuldade foi a falta na teoria de King, de uma descrição mais detalhada sobre o processo de enfermagem e de um exemplo prático. Durante a implementação constatei que o muito conhecimento que acreditava possuir sobre o infarto do miocárdio e o paciente infartado não eram suficientes, exigindo maior estudo o que considero também como ponto positivo. Encontrar uma melhor forma de como registrar o processo de implementação e traçar objetivos com os pacientes foram outras dificuldades por mim encontradas.

7.2 - Descrevendo o Processo de Compreensão e Aplicação da Teoria

O processo de compreensão e aplicação da teoria de King foi demorado e um pouco desgastante, exigindo de mim bastante esforço. Os dilemas e dúvidas surgiram principalmente na fase de implementação. Tentarei descrever como se deu esse processo.

Como não conhecia a rotina de serviço da Unidade Coronariana do Hospital X, onde iniciei o estudo, resolvi por bem fazer um "estágio" de três dias. Nesses três dias me propus a conhecer as rotinas, pessoal e atendimento de enfermagem do pessoal da unidade e prestar alguns cuidados independente de que paciente fosse, para melhor integrar-me a equipe de enfermagem. Essa primeira etapa de integração com o serviço e pessoal foi necessária e válida para a continuidade do processo e para perceber que estava sendo bem aceita naquele local.

Nos primeiros dias de implementação do marco, me senti muito mal, preocupada com o julgamento da equipe da unidade a meu respeito, afinal todos sabiam que já havia atuado como enfermeira assistencial em U.T.I, e estava lá conversando muito com os pacientes, fazendo poucos cuidados que demonstrassem habilidade técnica e conhecimento tão exigidos dos enfermeiros de U.T.I. Na verdade eu mesma não estava

aceitando o meu novo papel, diferente do que estava acostumada a fazer como enfermeira muito tecnicista. Sentia falta do atendimento a vários pacientes de uma só vez. Houve dias em que na falta de pacientes com infarto do miocárdio ficava na unidade toda a manhã prestando cuidados aos pacientes clínicos e cirúrgicos juntamente com os funcionários, para me sentir como enfermeira de U.T.I e para que a equipe melhorasse a impressão que poderia ter de mim como profissional. Nas primeiras semanas saía do hospital sempre muito frustrada, tinha muita expectativa de que desse tudo certo e não sentia isso acontecer. Várias vezes questionei se estava realmente trabalhando com a teoria de King, sentia que não. Tinha muita dificuldade em dirigir uma entrevista, em envolver o paciente na sua assistência, afinal na minha prática assistencial de costume sempre determinava o que deveria ser feito sem questionar o paciente, sem dar-lhe oportunidade de participar das tomadas de decisões. Quando iniciei a implementação da teoria, não conseguia perceber que muitas vezes os problemas e objetivos eram ditos pelo paciente não de maneira clara, mas estava implícito nas suas colocações. Só fui entender isso, com os encontros que tive com colegas que também estavam trabalhando com a teoria de King e professores, orientadores durante a disciplina onde apresentávamos nossas dificuldades, dilemas e contávamos nossas experiências. Estávamos todos aprendendo e as dúvidas eram muitas. Uma delas era quanto a praticidade da teoria. O fato de nunca ter trabalhado com teorias de enfermagem, acrescido a pouca bibliografia encontra-

da quanto a aplicação da teoria de King, mais a falta de uma descrição mais detalhada de King sobre o processo de enfermagem e de um exemplo prático, fizeram com que tivesse que ir e voltar a todo tempo durante a aplicação da teoria para ajustá-la a realidade, reformulando o instrumento de coleta de dados, para que contemplasse todos os conceitos trabalhados. Na falta de um processo de enfermagem definido, sentia tendência de seguir um modelo predeterminado sem operacionalização do marco, como o sistema Weed, que estava acostumada a trabalhar, na minha prática de docente junto aos acadêmicos de graduação na disciplina Enfermagem em U.T.I.

Percebi, no transcorrer da implementação da teoria que desconhecia muita coisa sobre o paciente cardiopata, tanto com relação a área física quanto a psicológica e isso me fez recorrer a literatura específica várias vezes. Acredito que essa constatação deveu-se ao fato de que estava trabalhando com uma teoria interacionista que permite ao paciente liberdade e abertura para expor suas dúvidas e necessidades, exigindo do enfermeiro muito conhecimento.

Passado um mês de tentativa de aplicar a teoria de King, alguém, numa reunião da disciplina de prática disse-me que deveria "jogar tudo fora" o que havia feito, depois de ouvir o meu relato de que não estava conseguindo levantar problemas juntos com o paciente nem traçar objetivos mútuos. Fiquei muito desapontada ao ouvir aquilo, e não conse-

gui disfarçar o meu desapontamento, pois uma outra pessoa acrescentou: " Eliane, isso faz parte do processo de implementação de uma teoria, não desanime ". E por fazer parte de todo esse processo inclusive de aprendizagem, não desprezei o que tinha feito até então e incluí aqueles pacientes no trabalho.

A atitude passiva dos pacientes, deixando a critério do pessoal médico e de enfermagem os cuidados à sua saúde, se constituindo isso num hábito, também foi uma dificuldade por mim encontrada.

Outra dificuldade que senti foi quanto a encontrar uma maneira de melhor registrar como ocorreu o processo de implementação da teoria na prática, para colocar nessa apresentação escrita da dissertação. Tentei algumas maneiras, mas não fiquei satisfeita porque não refletiam como todos os passos ocorreram realmente, foi então que acatei a sugestão da orientadora de que fizesse o relato com detalhes de informação ou seja de forma narrativa. Essa forma de registro não somente deu uma visão global de como ocorreu todo o processo de percepção, comunicação, interação e transação como também desenvolveu minha capacidade de redação. Decidi também apresentar o processo, porém de maneira resumida e didática, com todos os passos ou seja: problemas, objetivos, ações de Enfermagem e evolução. Senti que somente após ter prestado assistência é que consegui entender como trabalhar segundo a

teoria de King, com menos erros.

Não poderia deixar de registrar alguns fatores que tornaram menos difícil essa minha experiência. Acredito que o fato de ter atuado como enfermeira assistencial em U.T.I e posteriormente como docente facilitou o meu trabalho pois o ambiente não me era totalmente estranho mesmo quando estava na unidade coronariana do hospital X. Outro fator foi a ótima aceitação do pessoal das unidades dos dois hospitais, principalmente daqueles da Unidade Coronariana do hospital X, onde iniciei o trabalho e que não me conheciam. A receptividade dos pacientes com relação a minha pessoa e com a metodologia assistencial empregada, serviu como forte estímulo. Além desses fatores as sugestões dos colegas e professores do curso de mestrado durante minha apresentação nos seminários quando revelava minhas dificuldades, muito me ajudaram. O fato de ser orientada por uma professora que já atuou em U.T.I e ter como co-orientadora uma outra docente que leciona a disciplina enfermagem em U.T.I na UFSC, muito contribuiu na efetivação deste trabalho.

8. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo, permitem concluir que:

- todos os conceitos do marco puderam ser operacionalizados e entre eles destacam-se: estresse, papel, tomada de decisão e crescimento e desenvolvimento;

- para que não haja desarticulação da assistência, é importante que toda a equipe de enfermagem da unidade adote a mesma metodologia assistencial;

- a maioria dos pacientes infartados apresentam problemas relacionados ao conceito estresse;

- a aplicação da teoria exige praticamente a relação um para um (pessoa de enfermagem/paciente) tornando necessário uma mudança na relação número de pessoal de enfermagem por leito existente atualmente na maioria das UTIs ou UCs em nossa realidade; também favorece a participação do paciente nas

decisões sobre seus cuidados e a interação enfermeiro-paciente-família, interferindo positivamente na recuperação do paciente, além de permitir que o paciente seja assistido de forma global e individualizada.

9. IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Implicações

Espera-se que o presente estudo traga contribuições para a assistência, para o ensino e para a pesquisa em enfermagem.

Para a assistência, que o marco conceitual e o processo de enfermagem utilizados neste trabalho, serviam como metodologia assistencial para o paciente com infarto agudo do miocárdio desde a sua internação na U.T.I. ou U.C, até a alta hospitalar. Este estudo pode sensibilizar a equipe de enfermagem que atua em U.T.I. ou U.C a humanizar mais a assistência e utilizar mais a comunicação, percepção e interação como instrumento de trabalho no seu dia a dia. Poderá contribuir também para alertar a equipe a procurar verificar como os pacientes estão experienciando o papel de infartado e ajudá-los a enfrentarem a situação de estresse imposta pela doença, tratamento e hospitalização.

Para o ensino, que os cursos de graduação em enfermagem utilizem o ensino das teorias de enfermagem e/ou marcos conceituais nos seus diversos campos de assistência, onde o aluno possa operacionalizar alguns conceitos na sua prática assistencial e que favoreçam a elaboração de marcos conceituais pelos alunos nas suas atividades acadêmicas e nas dissertações.

Para a pesquisa poderá servir como um referencial para o desenvolvimento de novos estudos que envolvam os conceitos da teoria de King, principalmente os conceitos: comunicação, interação, percepção e estresse, dentro das U.T.Is ou U.Cs, a fim de tornar esses conceitos mais operacionalizáveis. Que se envolvam nos estudos, todos os elementos da equipe de enfermagem.

Recomendações

Quanto ao ambiente da U.T.I: que a equipe de enfermagem se desperte mais para a importância de fazer deste, um ambiente calmo, com menor ruído possível, para que o paciente possa descansar; que se preocupe mais com a acomodação do paciente no leito, com seu conforto físico; que converse mais com o paciente, estabelecendo um laço de confiança, possibilitando-o comunicar suas ansiedades e preocupações; que observem mais o paciente, seu estado físico geral e psicológico.

Quanto a visita em U.T.I: que se repense a rotina utilizada, visando encontrar uma forma que permita maior frequência e tempo do familiar junto ao paciente e inclusive participar ativamente de alguns cuidados ao paciente como higiene e conforto, alimentação e apoio emocional.

Quanto a pesquisa: que sejam realizados estudos com objetivo de verificar os resultados da utilização dos conceitos de King na assistência ao paciente de U.T.I, com a participação efetiva dos seus familiares, considerando que o familiar receba orientação específica para a sua interação na assistência.

Quanto a teoria de King: faz-se necessário uma revisão e adaptação dos conceitos pertinentes à área da administração da assistência de enfermagem, no sentido de que se possa utilizá-los adequadamente, partindo-se dos princípios de gerenciamento ou seja: tempo e envolvimento do pessoal de enfermagem com o paciente, relação números de leitos por enfermeiro nas 24 horas e a facilitação dos relatos no prontuário envolvendo coleta de dados, prescrição e avaliação dos pacientes. Acredito ser necessário desempenhar esforços para que a operacionalização ocorra.

10 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN, Heart Association Luc - Conceitos modernos sobre doenças cardiovasculares. Socied. Bras. Cardiol. Hoechst. Serviços bibliográficos, v. 7, n. 6, nov. 1988.
2. AMORIM, M. J. A. B. Enfermagem-profissão humanitária ? Rev. Bras. Enf. Brasília, v. 32, n. 4, p. 359 - 368, out. 1979.
3. ASSAD, José E, ASSAD, Antônio C. E. Infarto agudo do miocárdio. In: ASSAD, José E. Emergências cardiovasculares. Rio de Janeiro: EPUME, 1985. P. 1-21.
4. AZEVEDO, A. C. Isquemia miocárdica silenciosa. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 51, n.1, p.61-68, jul. 1988.
5. _____ . Cardiologia. São Paulo: Sarvier, 1984. P. 70-76.

6. BARBATO, Moema G. Estudo crítico das avaliações dos sinais vitais e eletrocardiográficas secundárias ao banho no leito, em portadores de insuficiência coronariana aguda. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, v. 12, n.3, p.211-214, 1978.
7. BARBATO, Moema G. et al. Problemas psicossócio espirituais dos coronariopatas internados em unidades coronarianas. Rev. Bras. Enf., D.F, v.35, n.1, p.7-16, 1982.
8. BARBATO, Moema G. et al. Principais problemas fisiológicos apresentados por pacientes com infarto do miocárdio e as respectivas prescrições de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP São Paulo, v. 13, n.2, p. 147-155, 1979.
9. BELLOTI, Giovanni et al. Experiência clínica com a estreptoquinase e procedimentos sequenciais para o tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 50, n.4, p. 223-229, abr. 1988.
10. BERG, Anders A. Et al. Declining trend en mortality after myocardial infarction. British heart Journal, USA, v. 51, n. 3, p.346-351, march. 1984.
11. BEYERS, Marjorie, DUDAS, Susan. O processo de enfermagem. In: _____. Enfermagem médico-cirúrgica. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. V.1

12. BLOCH, Antoine, BERSIER, Anne-Lisé. A psicologia do paciente coronariano. Rev. Geog. Univ., Rio de Janeiro, n. 77, p. 83-93, abr. 1981.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais I. Brasília - DF, 1988 (cadernos)
14. _____ . Aspectos preliminares do perfil lipídico na população brasileira economicamente ativa. Manual de operações. Brasília - DF, 1989.
15. BRUNNER, Lillian L., SUDDARTH, Doris L. Afecções do sistema cardiovascular. In: _____ . Moderna prática de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. v. 1.
16. CAMPOS, Eugenio P. O coronariano - visão atual. E. Méd., Rio de Janeiro, v. 89, n.3, p. 189-192, set. 1984.
17. CARNEIRO, Anamaria. Comunicação enfermeiro/paciente na unidade de terapia intensiva estudo interativo do processo de comunicação. Rio de Janeiro: UFRJ, 1982. 148p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1982.

18. CASTRO, Ione L. Infarto agudo do miocárdio. In: _____ . Manual de enfermagem em CII. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988. p. 157-158.
19. CECIL e LOEB, Infarto agudo do miocárdio - In: _____ . Tratado de medicina interna. 16ª ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 250-258.
20. CIOSAK, Suely I, SENA, Suely G. A enfermagem em U.T.I.: um momento de reflexão. São Paulo : Littera Editores, 1983. 29 p.
21. COUTINHO, Augusto O. L., SANTOS, Arquimedes N. C. Infarto agudo do miocárdio. In : ERAZO, Guilherme, PIRES, Marco T. B. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985. p. 393-406.
22. EISENBERG, Mickey I., COPASS, Michael K. Infarto do miocárdio. In : _____ . Terapêutica em emergências clínicas. 2ª ed., São Paulo : ROCA, 1984. p. 32-37.
23. EPSTEIN, Charlotte. Interação efetiva na enfermagem. São Paulo : EPU, EDUSP, 1977. 173 p.

24. FEINLEIB, Manning. Changes in cardiovascular epidemiology since 1950. Bull. N.Y. Acad. Med., N.Y., v. 60, n. 5, p. 449-464, jun. 1984.
25. FLAVIO, Júlio A. Infarto agudo do miocárdio. In: _____. Manual básico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Brasília. DF: HORIZONTE Editora Ltda, 1980. p. 127 - 135.
26. FONSECA, Mãe Adelaide Q. Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. In: FONSECA, Mãe Adelaide Q. et al. Enfermagem em centro de tratamento intensivo, Rio de Janeiro, São Paulo: ATHENEU, 1983, p. 73-82.
27. FRANCISCO, José E. Infarto do miocárdio e suas complicações. In: AUN, Frederico et al. Terapia intensiva em enfermagem. Rio de Janeiro, São Paulo: ATHENEU, 1989. p. 189-201.
28. GEORGE, J. B. Nursing Theories : the base for professional nursing practice. New Jersey : Prentice-Hall. 1980.
29. GOMES, Alice M. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. 2ª ed. São Paulo: EPU, 1988. P. 54-58.

30. GONÇALVES, M^o Margarida C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enf. Novas Dimens., São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-36, jan/fev. 1979.
31. GOTLIEB, Sabina L. D. Mortalidade diferencial por causas. São Paulo, Brasil, 1970 : tábuas de vida de múltiplo decrémento. Rev. Saúde Públ., São Paulo, v. 15, p. 401-417. 1981.
32. GUEDES, M^o Carmo M.S, FEHER, Josef. Atividade sexual do coronariopata : tabú ou falta de informações? Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 37, n. 5, p. 347-348, nov. 1981.
33. GUYTON, A. Tratado de fisiologia médica. 6^o ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1984. P. 260-263.
34. HEINISCH, Roberto H. et al . A estreptoquinase intravenosa no infarto agudo do miocárdio : resultados iniciais do protocolo do instituto de cardiologia da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Arg. Cat. Med., Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 55-58, abr/jun. 1989.
35. HUSBAND, Allison. Application of King's theory of nursing to the care of the adult with diabetes. Journal of Advanced Nursing., Canadá, v. 13, n. 4, p. 484-488, 1988.

36. JUNIOR, Wilson O. Atividade sexual após o infarto do miocárdio. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 46, n. 3, p. 205-210, mar. 1986.
37. KAMIYAMA, Yoniko. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas., São Paulo : USP, 1972. 111p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1972.
38. KEANE, Anne et al. Stress in ICU and non - ICU nurses. Nursing Research, University of Pennsylvania, Philadelphia, v. 34, n. 4, p. 231-236, jul/aug. 1985.
39. KIMURA, Miako. Problemas dos pacientes de unidades de terapia intensiva : estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. São Paulo : USP, 1984. 99 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1984.
40. KING, Imogene M. A theory for nursing : systems, concepts, process. New York : John Wiley & Sons, 1981.
41. KOIZUMI, M. S. Comunicação com paciente afásico. Enf. Novas Dimens., São Paulo, v. 1, n. 4, p. 203-208, set/out. 1975.

42. KOIZUMI, Maria S. et al. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva : problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 135-145, 1979.
43. LAMOSA, Bellkiss W. R. et al. Ansiedade e coronariopatia. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 40, n. 1, p. 33-35, jan. 1983.
44. LAURENTI, Ruy. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 38, n. 4, p. 243-248, abr. 1982.
45. _____. A mortalidade por doenças cardiovasculares no município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-1969). Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 29, n. 2, p. 85-88, abr. 1976.
46. LAURENTI, Ruy, FONSECA, L. A. M. A evolução da mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo de 1940 a 1973. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 30, n. 5, p. 351-353, out. 1977.
47. LAURENTI, Ruy et al. Estudo epidemiológico da morte súbita em adultos de 15 a 74 anos na cidade de São Paulo. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 35, n.1, p. 5-14, jul. 1980.

48. LIPP, Marilda N. et al. Como enfrentar o stress. 2ª ed. São Paulo : Icone Editora Ltda, 1987.
49. LOLIO, Cecília A., LAURENTI, Ruy. Mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo : evolução de 1950 a 1981 e mudanças recentes na tendência. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 46, n. 3, p. 153-156, mar. 1986.
50. LOPES, Manuel M. R. Prevenção cardiovascular : realidade ou mito? Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 50, n. 4, p. 219-221, abr. 1988.
51. LOPES, Mário. Manual de tratamento intensivo. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1972.
52. LUZ, Protázio L. Infarto agudo do miocárdio : princípios de tratamento. ARS CURANDI, Rio de Janeiro, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 40-44, mai. 1984.
53. MAGALHÃES, Hélio M., FEHER, Josef. A reabilitação física no infarto do miocárdio. In : DOHMANN, H. Y. F., ROCHA, A. F. G. Conceitos atuais em cardiologia. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1978. p. 349-353.

54. MAGALHÃES, Carlos O. Morte súbita cardíaca : um problema passível de solução? Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 40, n. 5, p. 293-295, mai. 1983.
55. MANZOLLI, M^{te} Cecília. Relacionamento em enfermagem. São Paulo : Sarvier, 1983. 102 p.
56. MARCONDES, M. Et al. Infarto agudo do miocárdio. In: _____ . Clínica médica : propedêutica e fisiopatologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, . 1983.
57. MARIA, Vera L. R., MODENA, Eliana M^{te} S. C. Atividade sexual e paciente pós-infartado. Enf. Moderna, Rio de Janeiro, v. 2, p. 22-28, abr/mai/jun. 1984.
58. MELTZER, Lawrence E. et al. Enfermagem na unidade coronariana : bases - treinamento - prática. Rio de Janeiro, São Paulo : ATHENEU, 1984.
59. MERENESS, Dorothy. Elementos de enfermagem psiquiátrica. 2^a ed. México : La Prensa Medico Mexicana, 1973. 412 p.
60. MESQUITA, Evandro T. Et al. Agentes trombolíticos - estado atual na terapêutica cardiovascular. Rev. Bras. Terap. Intens., Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 78-84, out/dez. 1990.

61. NASSIF, Miguel. Infarto do miocárdio. Atual. Méd., São Paulo, p. 5-14, fev. 1977.
62. NETTO, Stans M. Infarto agudo do miocárdio. J. B. M., Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 37-49, jun. 1986.
63. NEVES, Eloita P. Nursing care of patients unith myocardial infarction. 1977 (mimeografado).
64. NEVES, Eloita P. et al. Â teoria de Imogene King : considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem. Florianópolis, UFSC, Departamento de Enfermagem, 1984. (mimeografado).
65. NOGUEIRA, M. Y. C. Assistência de enfermagem a família. Enf. Nov. Dimens., São Paulo, v. 3, n. 6, p. 327-329, 1977.
66. OLIVEIRA, Sérgio A., ZERBINI, E. J. Possibilidades cirúrgicas na fase aguda do infarto do miocárdio. J. B. M., São Paulo, Rio de Janeiro, v. 34, p. 6-8, jun. 1977.
67. OLIVEIRA, Jorge M. Estresse, doença coronária e morte súbita. E. Méd., Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, p. 599-613, jun. 1981.

68. OLIVEIRA, Carmélia et al. Problemática do paciente na unidade de terapia intensiva. In : GOMES, Alice M. Et al. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo : EPU, 1978, p. 31-35.
69. PADILHA, Katia G. O coronariopata e o ambiente da unidade de terapia intensiva: estudo da influência dos procedimentos invasivos. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.21, n. 1, p. 37-46, abr. 1987.
70. PADILHA, Katia G. Percepção do coronariopata sobre o ambiente da unidade de terapia intensiva. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP, 1983. 63p. (mimeografado).
71. PAGLIUCA, L.M.F. Problemas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva. São Paulo: USP, 1980, 75p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1980.
72. PAOLA, Domingos. Mecanismos básicos de doença. Rio de Janeiro, São Paulo: Atheneu, 1977. p. 332-343.
73. PEREIRA, Sérgio N. et al. Infarto agudo do miocárdio: estudo de 45 casos através de protocolo por computador. Árg. Bras. Cardiol., São Paulo, v.47, n.6, p. 407-412, dez. 1986.

74. POZZAN, Roberto et al. Reabilitação cardíaca em coronariopatas: avaliação 3 e 6 meses de treinamento aeróbico em nível comunitário. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 50, n. 5, p. 305-310, maio 1988.
75. PRADO, Marta L. Et al. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório em adultos da região sul do Brasil. Florianópolis, UFSC, [1988], (mimeografado)
76. RIBEIRO, Luis A. M. Et al. O retorno ao trabalho após o infarto agudo do miocárdio. E. méd., Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, p. 293-298, out. 1984.
77. RIPPE, Janes M. CSETE, Marie E. Manual de tratamento intensivo. Rio de Janeiro: EBM, 1986, p. 84-93.
78. ROCHA, M^ã Susani. Proposta de assistência de enfermagem à pacientes traumatopodopédico: baseado no marco conceitual de Imogene King. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
79. RODRIGUES, R. C. M. ., Jayme, M. C. B. Angioplastia coronariana: revisão sobre a técnica e proposta de assistência de enfermagem. FMUSP. São Paulo, 1989 (mimeografado).

80. ROUQUAYROL, Maria Z. et al. Fatores de risco na doença coronária: inquérito epidemiológico em estrato habitacionais de um bairro de Fortaleza. Arg. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 49, n.º p. 339-347, dez. 1987.
81. SANTO, Terezinha J. M. E. Segurança emocional como necessidade humana básica - atuação da enfermagem junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Enf. Brasília, v. 38, n. 314, jul. 1985.
82. SANTOS, Silvia M^a A. Prática assistencial de enfermagem a idosos crônicos, fundamentada no marco conceitual de King. Florianópolis: UFSC, 1980. 144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
83. SANTOS, Elza M^a Lima. Aspectos do relacionamento psíco-físico espiritual e social do enfermeiro junto ao paciente grave. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 4-6, jan./fev. 1980.
84. SIEBERT, Denise L. Uma metodologia para assistência de enfermagem com base na teoria do alcance dos objetivos. Florianópolis, UFSC, 1984 (mimeografado).
85. SILVA, Maurílio, SILVA, M^a Helena L. Infarto agudo do miocárdio. Arg. Cat. Med., Florianópolis, v. 2, n. 1, p.

31-39, marc. 1980.

86. SILVA, Carmem A. et al. Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de infarto agudo do miocárdio submetidos ao tratamento com estreptoquinase. E.M., Rio de Janeiro, v. 95, n. 5/6, nov/dez. 1987.
87. SILVA, Mãe Aparecida F. Aspectos psicológicos na assistência de enfermagem ao paciente infartado. Enf. Atual, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 14-15, mai/jun. 1979.
88. SILVA, Marco A.D. Bate coração. São Paulo: BEST SELLER, 1990.
89. SIMÃO, A. T. Terapia intensiva. Rio de Janeiro, São Paulo: ATHENEU, 1976 p. 229-282.
90. SMITH, Marlaine C. King's theory in practice. Nursing Science Quarterly, Colorado, v. 1, n. 4, p. 145-146, nov. 1988.
91. SOUZA, Márcia et al. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77-79, abr/jun. 1985.
92. STEFANELLI, Maguida C. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente. São Paulo: USP, 1985.

163p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1985.

93. STEFANELLI, Maguida C. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, v. 15, n. 3, p. 239-245, dez. 1981.
94. TAKAHASHI, Edna I. U. O grau de parentesco do visitante e a resposta emocional do doente infartado. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 3, n. 1, p. 26-27, jan/fev. 1983.
95. _____ O contato manual no relacionamento enfermeiro-paciente Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 5, n. 1, p. 21-22, jan/marc. 1985.
96. TAKAHASHI, Edna I. U. et al. Necessidades básicas das esposas de pacientes infartados, na fase aguda do tratamento. USP, São Paulo, 1989 (mimeografado).
97. TOPOL, Eric J. Avanços na teoria trombolítica do infarto agudo do miocárdio. Rev. Bras. Clin. Terap. São Paulo, v. 17, n. 6, p. 196-201, jun. 1988.
98. TRANCHESI, J. et al. Cardiologia. In: MARCONDES, M. et al. Clinica médica: propedeutica e fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 1983, p. 154-160.

99. TRENTINI, Mercedes et al. Ocorrência de doença crônico-degenerativas na cidade de Florianópolis. Florianópolis, UFSC, Departamento de Enfermagem, 1988 (mimeografado).
100. TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria, pesquisa e prática. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 21(2):135-143, ago. 1987.
101. TROTTO, Giorgio et al. O ser Humano no centro de tratamento intensivo. In: SIMÃO A. T. Terapia intensiva. Rio de Janeiro, São Paulo: ATHENEU, 1976, p. 607-624.
102. WALKE, M. A. K. When a patient needs to unburden his feelings. Amer. J. Nurs. New York, v. 77, n. 7, p. 1164-1166, jul. 1977.
103. WIPPLE, G. H. et al. Influência coronariana: assistência e tratamento. São Paulo: EPU, 1980, p. 39-184.
104. YAMADA, Eileen M. Fisiologia, avaliação preliminar e incidência das disfunções cardiovasculares. In: BEYERS, Marjorie, DUDAS, SUSAN. Enfermagem médico-cirurgia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, v. 2.

ANEXO I

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Registro:
Idade: Sexo:
Estado Civil: Ocupação:
Grau de instrução:
Nº de dependentes:
Endereço Residencial:
Telefone para Contato:

II - DOENÇA e AMBIENTE INTERNO

Como? A quem? O que?

Perguntas Pacte

01. O que sabe sobre sua doença ?
02. O que acha que contribuiu para o surgimento de sua doença ?
03. Já teve algo parecido antes ?
04. O que sentiu e sente ?
05. Tem alguém na família com problema cardíaco ? Quem ?
06. é fumante ? Há quanto tempo ?
Quantos cigarros fuma por dia ?
07. é hipertenso? Há quanto tempo? Faz tratamento? O que toma de remédio ?

Como? A quem? O que?

- Perguntas Pacte
08. Como é sua alimentação ou seja o que costuma comer ?
 09. É diabético ?
 10. Como é seu temperamento ? É uma pessoa preocupada, muito ocupada, perfeccionista, nervosa, tensa (stressada)
 11. O que faz como lazer ? Pratica algum esporte, caminha bastante ?
 12. O que gostaria de saber sobre sua doença ?
 13. Como vê a assistência que está recebendo ?
 14. Quantas horas mais ou menos dorme por dia ? Utiliza sedativos ?
 15. Evacua diariamente ? Utiliza laxantes ?

- Observações Pacte
01. Expressão facial
 02. Presença ou não de dispnéia, FR
 03. Presença ou não de sudorese, localização e intensidade

Como?

A quem?

O que?

- Observações Pacte
04. Integridade cutânea, coloração da pele, temperatura.
 05. Sinais vitais (T P R PA e PVC).
 06. Estado psicológico: se nervoso, apático, tenso, tranquilo, cooperativo.
 07. Condições neurológicas : nível consciência, motricidade, sensibilidade.
 08. Eliminação intestinal e vesical: consistência, frequência, coloração.
 09. Presença ou não de edemas.
 10. Hidratação.
 11. Perfusão Periférica.
 12. Presença ou não de arritmias: tipo, frequência.

Como?

A quem?

O que?

Observações Prontuário 01. Identificação do paciente.

02. Registro da admissão feita pelo médico e pela enfermagem.

03. Exames laboratoriais, Rx, ECG, cateterismo cardíaco, ecocardiograma etc (solicitação e resultados).

04. Terapêutica medicamentosa, inclusive dosagens e horários.

05. Evolução feita pela enfermagem e pelo médico.

III - AMBIENTE EXTERNO

Como?

A quem?

O que?

Perguntas Paciente 01. Como se sente nesta unidade ?

02. Do que mais sente falta estando aqui ?

03. O que mais o incomoda estando aqui ?

04. O que acha da presença de outros pacientes no quarto ?

Como?

A quem?

O que?

Observação Pacte 01. Se monitorizado: o que registra ?
02. Se está com fluidoterapia, drenos,
sondas, catéteres, etc.
03. Presença de outros aparelhos
instalados no pacte.

O que?

Observ. Unidade 01. Aeração.
02. Luminosidade.
03. Tranquila ou agitado.
04. Espaçosa ou não.
05. Presença ou não de outros pacien-
tes e suas cond. gerais.

IV - ESTRESSE

Como ?	A quem ?	O que ?
Perguntas	Pacte	<p>01. Houve alguma grande mudança na sua vida ultimamente ? Se sim, quer me falar ?</p> <p>02. Quando tem algum problema (ordem emocional) o que costuma fazer para se sentir melhor ?</p> <p>03. Como sabe quando está tenso?</p> <p>04. O que costuma fazer para enfrentar a tensão emocional ?</p>
Observação	Pacte	<p>Sinais e sintomas de stressse como: agitação, apatia, agressividade, anorexia, taquicardia, sudorese, dispnéia, polaquilíria, esquecimento, falta de atenção, febre, choro, etc.</p>

V - PERCEPCÃO

Como ? A quem ?

O que ?

Perguntas Pacte

01. Como vê a sua doença ?
02. Como vê ou percebe sua hospitalização ?
03. Como vê o tratamento ?
04. Como vê a assistência que recebe ?
05. Como vê os profissionais que o assistem ?
06. Como vê o ambiente em que está ?
07. Já esteve internado antes ?
08. Como foi a experiência ?
09. Como percebe sua família ?

VI - INTERACÇÃO

Como ? A quem ?

O que ?

Observações Pacte

01. Se se aceita como infartado.
02. Se comunica suas dúvidas, temores, preocupações, alegrias ao enfermeiro.

Como ? A quem ?

O que ?

03. Se se dispõe a participar da assistência

Observações Pacte

04. Se aceita o(s) profissional (ais) que o assiste (em).

Perguntas Pacte

01. Como é o seu relacionamento com a esposa e filhos ?

02. Como é o seu relacionamento com os outros pacientes ?

03. Como está o seu relacionamento com os vizinhos ?

04. E no serviço, como é ?

VII - COMUNICAÇÃO

Como ? A quem ?

O que ?

Observação Pacte

01. Como se expressa verbalmente com o enfermeiro.

a) necessita de estímulos ?

b) qual o seu tom de voz ?

c) demonstra estar localizado no tempo e no espaço

Como ?

A quem ?

O que ?

Observação

Facte

02. Como se expressa não verbalmente diante da situação apresentada: com calma, apatia, agressividade, inquietação, etc ?
03. Como se expressa verbalmente diante da situação apresentada.
04. Como se expressa verbal e não verbalmente frente a visita de familiares e amigos ?
05. Como se comunica com os profissionais de enfermagem ?
06. Como se comunica com os outros profissionais da unidade ?
07. Como se comunica com o (a) colega de quarto ?

VIII - PAPEL

Como ? A quem

O que ?

Perguntas Pacte

01. Qual a sua atividade profissional ?
02. Como se sente com essa atividade ?
03. Quem geralmente toma as decisões em casa ?
04. Como se sente agora no papel de doente ?

IX - TOMADA DE DECISÃO

Como ? A quem

O que ?

Observação Pacte

01. Participação nas decisões sobre os cuidados a sua saúde.
02. Participação nos seus cuidados.

X - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Como ?	A quem	O que ?
Observação	Pacte	<p>01. Condições hemodinâmicas : frequência e ritmo cardíaco; característica do pulso; pressão arterial; temperatura; coloração da pele; sudorese; perfusão periférica, turgência jugular, traçado eletrocardiográfico, resposta ao esforço físico.</p> <p>02. Participação nas tomadas de decisão nos cuidados a sua saúde.</p> <p>03. Alterações comportamentais como: deixar de fumar, mudança no seu ritmo de vida, nos seus hábitos alimentares, no cuidado à sua saúde.</p>

Como ?

A quem

O que ?

Perguntas

Pacte

01. O que o Sr. (a) sabe agora sobre a sua doença ?

02. Quais os cuidados que deve ter de agora em diante ?

03. Essa experiência de doente infartado lhe trouxe algum benefício para sua vida futura ? Que benefício (os) ?

ANEXO II

QUADRO I - Caracterização dos pacientes assistidos no período de abril a junho de 1989 e janeiro de 1990. Sta Catarina.

Nome	Idade	Sexo	Est Civil	Atividade	Religião	Instrução
Sinão	32	Masc	Casado	Empresário	Católica	3º Grau
Antônio	80	Masc	Casado	Aposentado	Católica	1º Grau
João	68	Masc	Casado	Aposentado	Católica	1º Grau
Joaquim	60	Masc	Casado	Pintor de parede	-	1º Grau
Iolanda	66	Fem	Casada	Do lar	Católica	1º Grau
Pedro	63	Masc	Casado	Aposentado	Católica	1º Grau
Renato	28	Masc	Casado	Técnico Contabilid.	Católica	2º Grau
Júlio	67	Masc	Casado	Pedreiro	Católica	1º Grau
Augusto	42	Masc	Casado	Pedreiro	Católica	1º Grau
Bruno	54	Masc	Casado	Vigia Not.	-	1º Grau
Carlos	73	Masc	Casado	Aposentado	-	3º Grau
Germano	58	Masc	Casado	Vidraceiro	Católica	1º Grau
Mateus	45	Masc	Casado	Armador C. Civil	Católica	1º Grau
Paulo	63	Masc	Casado	Aposentado	Católica	1º Grau
Ana	83	Fem	Viúva	Aposentada	Espírita	1º Grau