

PRÁTICA DO AUTOCUIDADO ESSENCIAL APÓS A REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Francisca Elisângela Teixeira LIMA^a
Thelma Leite de ARAUJO^b

RESUMO

Objetivou-se investigar a prática do autocuidado realizado por pacientes após a revascularização do miocárdio. Estudo exploratório-descritivo, realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público, Fortaleza, Ceará, com 52 participantes. Constatou-se que 98,07% das pessoas compareciam regularmente às consultas e usavam medicamentos, e mais de 50% aderiram às seguintes práticas: mais de 50% apresentaram IMC > 25 kg/m², realizavam exercícios físicos, abstiveram-se do uso de tabaco e álcool, relataram uma alimentação saudável e consideraram ter um temperamento tranquilo. Concluiu-se que os pacientes avaliados mantêm um grau satisfatório de autocuidado, reforçando a importância do processo de orientação desenvolvido em equipe, proporcionando ao paciente condições favoráveis para essa prática.

Descritores: Autocuidado. Cirurgia. Revascularização miocárdica.

RESUMEN

El objetivo es investigar la práctica del auto-cuidado de pacientes después de la revascularización del miocárdio. Estudio exploratorio-descriptivo, realizado en el ambulatorio de cardiología de un hospital público, Fortaleza, Ceará, Brasil, con 52 sujetos. Los resultados fueron: el 98,07% de las personas vienen regularmente a las consultas y usan medicamentos; y más del 50% presentan las siguientes prácticas: más de 50% presentaron IMC > 25 kg/m², realizan ejercicios físicos, se abstienen de consumir tabaco y bebidas alcohólicas, relatan una alimentación saludable, consideran tener temperamento tranquilo. Se concluye que los pacientes evaluados mantienen un grado satisfactorio de autocuidado, reforzando la importancia del proceso de orientación desarrollado en equipo.

Descriptorios: Autocuidado. Cirugía. Revascularización miocárdica.

Título: Práctica del autocuidado esencial después de la revascularización del miocardio.

ABSTRACT

The aim is to investigate patient's behaviour after the myocardium revascularization surgery. This is an exploratory-descriptive study, carried out at a cardiology clinic of a government hospital, in Fortaleza, Ceará, Brazil, with 52 patients. The following self-care practices were identified: 98,07% patients regularly attended the doctor's appointment and took their medicines; more than 50% presented BMI > 25 Kg/m², practiced physical exercises, did not smoke or drink, ate healthy foods, said they were usually calm. The conclusion was that patients that participated in this study maintained a satisfactory self-care level, supporting the importance of guidance process developed in group.

Descriptors: Self care. Surgery. Myocardial revascularization.

Title: The practice of essential self-care after myocardium revascularization.

^a Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

^b Enfermeira. Professora Adjunta da UFC. Pesquisadora do CNPq. Coordenadora do Projeto "Cuidado em saúde cardiovascular".

1 INTRODUÇÃO

Em nossa experiência, temos buscado desenvolver estudos sobre elevação da pressão arterial e complicações cardiovasculares⁽¹⁻³⁾, entretanto têm-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas de autocuidado com pessoas que vivenciaram uma situação de risco de vida, como uma revascularização do miocárdio, por isso decidiu-se estudar sobre este assunto, considerando que essas pessoas necessitam de um acompanhamento constante para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Os estudos mostram que as doenças cardiovasculares são as maiores causas de morbidade e mortalidade nos Estados Unidos e responsáveis por 33% das taxas de mortalidade na América Latina. Dentre as causas de morte por doença cardiovascular, mais de 50% decorrem de doenças coronarianas resultantes da aterosclerose (53%), principalmente o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a *angina pectoris*^(4,5).

Esses elevados índices de mortalidade por doença coronariana vêm reduzindo, em razão das mudanças introduzidas no tratamento cirúrgico da doença arterial coronariana obstrutiva, com a utilização de recursos da especialidade, tais como angioplastia, valvuloplastia e tratamento medicamentoso, permitindo a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio em condições ideais, reduzindo, assim, a mortalidade nos últimos anos.

A cirurgia de revascularização do miocárdio é indicada, principalmente, nas situações de infarto agudo do miocárdio, angina estável com possibilidade de infarto, angina instável, angina pós-infarto e após angioplastia sem sucesso⁽⁶⁾. Mesmo levando em conta o sucesso cirúrgico, as ações de prevenção primária, secundária ou terciária das doenças cardiovasculares, ainda representam os pilares para redução de sua importância como fatores de morbidade e mortalidade. Além disso, os custos com as complicações são incalculáveis tanto do ponto de vista financeiro como físico e emocional do paciente. Portanto, é necessário que o paciente realize uma prática de autocuidado, visando minimizar os fatores de risco que favorecem o aparecimento de doenças coronarianas.

Os fatores de risco para doenças coronarianas podem ser irreversíveis, isto é, estão priori-

tariamente ligados aos aspectos biológicos e o indivíduo não pode controlá-los ou alterá-los; ou reversíveis, aqueles passíveis de controle ou prevenção, na sua maioria derivados do estilo de vida adotado⁽⁵⁾.

Os principais fatores de risco irreversíveis são: sexo, com predominância nos homens; elevação da idade, principalmente para as mulheres; raça, pois os negros possuem maior susceptibilidade de desenvolver cardiopatias, por motivos ainda não suficientemente explicados; hereditariedade, sendo que pessoas com parentesco até o 2º grau com doenças coronarianas possuem um risco maior de desenvolver a doença. E reversíveis são: elevação da pressão arterial, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo, ingestão de café, dieta rica em gorduras, sal, estresse, contraceptivos hormonais^(6,7). Estes fatores de risco atuam em conjunto, sendo que, quanto maior a quantidade de fatores presentes no indivíduo, maior será a probabilidade de desencadear as doenças coronarianas.

Considerando estes fatores, é fundamental que as pessoas submetidas a revascularização do miocárdio executem uma prática de autocuidado. Cabe aos profissionais de saúde fornecer orientações das práticas essenciais de autocuidado pós-cirúrgico, principalmente, pelo fato de algumas pessoas considerarem a ausência de sintomas como significado de cura, permitindo-se voltar a viver “perigosamente”, isto é, desfrutando de prazeres “proibidos” para quem já apresentou alterações cardiovasculares. A noção da possibilidade de retorno das complicações cardíacas nem sempre é suficiente para motivar a adoção de comportamentos saudáveis.

O diagnóstico de doença coronariana proporciona ao paciente, sensações de grande sofrimento emocional, em razão do medo da morte, de ficar inválido, do desconhecido, da solidão, da depressão e da angústia, uma vez que o coração é tido como um órgão nobre e vital. Acredita-se que essas sensações, por um lado, potencializam o estresse e a ansiedade, agravando o quadro clínico, mas, por outro, podem incentivar a prática imediata do autocuidado. Podem, ainda, ser potencializadas na necessidade de uma internação hospitalar súbita, principalmente em indicações de tratamento cirúrgico, no caso de revascularização do miocárdio. Mas, passado o episódio agudo, esta prática de autocuidado pode ser abandonada ou seguida de forma irregular.

Diante destas considerações, este estudo tem como objetivo geral investigar os comportamentos das pessoas após um ano de revascularização do miocárdio. E como específicos: identificar as alterações no estilo de vida que estão sendo mantidas pelos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio e relacionar as dificuldades e facilidades identificadas pelo paciente revascularizado para desempenhar o autocuidado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com análise predominantemente quantitativa. Foi realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público, situado em Fortaleza, Ceará. A escolha do ambulatório deste hospital para o desenvolvimento do estudo ocorreu pelo fato de ser um serviço caracterizado por grande abrangência em termos de atenção à saúde da população, atendendo casos de pacientes com cardiopatias oriundos de diversos estados da região Nordeste do Brasil e, algumas vezes, até mesmo da região Norte.

A população do estudo foi constituída por 114 pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio e que estavam sendo acompanhados no referido ambulatório. Os critérios para inclusão no estudo foram: ter realizado a cirurgia de revascularização do miocárdio há pelo menos um ano; ser a primeira cirurgia cardíaca; estar presente às consultas no período de coleta de dados e aceitar participar do estudo, autorizando sua realização, mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atenderam aos critérios 52 pacientes que, após serem contatados e concordarem com a proposta, foram entrevistados.

A coleta de dados ocorreu em uma entrevista individualizada e estruturada, realizada no próprio ambulatório. Foram levantadas informações sobre as dados sócio-demográficos, atividades de autocuidado, informações relacionadas à doença, à cirurgia de revascularização do miocárdio, orientações sobre estilo de vida saudável recebidas após a cirurgia, alterações nas atividades ocupacionais após a cirurgia e valores atuais da pressão arterial. O instrumento de coleta foi testado e validado no mesmo ambulatório com três pacientes que tinham perfil similar à população do estudo. O teste possibilitou modificações no instrumento e sua posterior aprovação.

Ao trabalhar-se com seres humanos, torna-se necessário atender aos aspectos éticos específicos presentes na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, portanto o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, recebendo parecer favorável para seu desenvolvimento. O estudo contou, também, com autorização da diretoria do hospital para a sua realização. Para garantir o anonimato caracterizaram-se os depoimentos dos pacientes como P1, P2, P3, até P52.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise da prática de autocuidado foram considerados os seguintes indicadores.

3.1 Regularidade no comparecimento às consultas médicas

Dentre 52 entrevistados, 32 (61,5%) compareciam às consultas médicas regularmente, conforme o apazamento, 19 (36,5%) compareciam nas datas marcadas e quando não estava bem, e um (2,0%) paciente afirmou que só comparecia quando estava com algum sintoma característico de problemas cardíacos. As principais dificuldades enfrentadas por estes pacientes para comparecer às consultas estão representadas nos depoimentos a seguir:

Tenho dificuldade porque sou do interior e quando venho pra cá, fico na casa de um sobrinho e ele que me traz, porque não sei andar aqui sozinho [...] fico dependendo dos outros e dando trabalho, mas é preciso [...] (P1).

A dificuldade é a distância, porque moro no interior, e sai caro [...] os remédios não dá pra vir pegar, aí tenho que comprar (P3).

Frente às dificuldades citadas, torna-se necessário que a enfermeira enfatize a avaliação clínica, psicológica e social do paciente após a revascularização do miocárdio, envolvendo nas avaliações e orientações os seus familiares, uma vez que estes influenciam diretamente no tratamento, nos comportamentos de autocuidado e na mudança do estilo de vida⁽⁹⁾. Essas orientações devem contemplar os fatores que interferem no autocui-

dado, tais como: custo financeiro com os deslocamentos para acompanhamento ambulatorial e manutenção do tratamento, além de considerar o nível de escolaridade, investigando se o fato de saber ou não ler interfere na compreensão e dificulta o seguimento das orientações.

3.2 Utilização de medicamentos

Quanto à prática do uso adequado de medicamentos, constatou-se que 51 (98,0%) pessoas usavam medicamentos. Destes, 46 (88,4%) faziam uso diário e cinco (9,6%) somente quando não estavam se sentindo bem. Estes últimos tentam justificar o déficit de autocuidado com o seguinte depoimento:

Não tomo os remédios, porque minha pressão está normal (P14).

Uma paciente relatou que não usa os medicamentos pelo seguinte motivo:

Só tomo os remédios quando não estou bem... não estudei para doutora, mas... se o doutor passar 500 mg só tomo 250 mg, porque se caso eu realmente venha a precisar não vai mais me servir [...]. Hoje eu procuro vários médicos, porque eles ficam brincando com os remédios [...] um passa uma coisa o outro médico tira e passa outra [...] Jesus é o médico dos médicos (P38).

É comum observar que as pessoas costumam recorrer à medicação somente quando estão sentindo alguma alteração fisiológica, isto é, quando estão sintomáticos. Esse comportamento representa um déficit no autocuidado que pode ocasionar inúmeras complicações ou lesões em órgãos-alvo, e é acentuado quando o indivíduo faz uso de grande número de medicamentos, muitas vezes sem conhecer as suas indicações. É, entretanto, essencial que os profissionais de saúde, orientem e incentivem os pacientes para o seguimento contínuo do tratamento medicamentoso ou não, salientando as possíveis complicações decorrentes do déficit do autocuidado relacionado à falta de uso ou uso inadequado de drogas necessárias para o controle das alterações cardiovasculares.

Os principais motivos apresentados para este déficit de autocuidado foram a ausência de

medicamento fornecida pelo hospital e as condições financeiras precárias, como se observa no depoimento:

Quando não recebo o remédio no hospital eu compro e aí, às vezes, falta na alimentação [...] a principal dificuldade é o dinheiro para comprar os remédios que são caros (P21).

Observa-se que, como as alterações cardiovasculares, podem ser inicialmente, pouco sintomáticas, ou até mesmo assintomáticas, advém uma falta de estímulo para a adesão ao tratamento, muitas vezes desestimulando a sua continuidade. Por isso, deve-se estimular o autocuidado, conscientizando o paciente quanto à eficácia dos medicamentos, ressaltando as possíveis complicações no caso de não adesão.

3.3 Manutenção de peso corporal adequado

A avaliação do peso corporal foi realizada utilizando-se o índice de massa corpórea (IMC). Este índice é estabelecido pela divisão do peso corporal sobre a altura ao quadrado ($IMC = P/A^2$). Cuja classificação é a seguinte: $IMC < 20$ = abaixo do peso; $20 \leq IMC < 25$ = normal; $25 \leq IMC < 30$ = sobrepeso; $IMC \geq 30$ = obesidade. Então, a meta é alcançar IMC inferior a 25 $kg/m^{2(5,7)}$.

Ao avaliar o IMC dos participantes, detectou-se que 23 (44,3%) pessoas encontravam-se com peso adequado, 22 (42,3%) pessoas encontravam-se obesas, cinco (9,6%) com obesidade mórbida e dois (3,8%) com peso abaixo do normal. Os achados são agravantes para o desencadeamento de complicações cardiovasculares, visto que 51,9% das pessoas entrevistadas encontravam-se acima do peso adequado.

A redução do peso corporal pode ser obtida pela diminuição da ingestão calórica, principalmente os glicídios e lipídios. Entretanto, a prática do autocuidado demonstra que não basta reduzir o peso, o ideal é mantê-lo em níveis adequados por longo prazo, sendo necessário a incorporação dos hábitos alimentares saudáveis, com orientação dietética individualizada, considerando a motivação dos pacientes e os aspectos socioeconômicos e culturais, tais como, recursos financeiros e preferências alimentares. Portanto, em toda oportunidade, o profissional de saúde deve incentivar

atividades de autocuidado que regulem o funcionamento do organismo, visando corrigir o peso corporal, demonstrando as vantagens advindas dessa atitude, tais como: redução da pressão arterial, melhor aparência física, menor taxa de colesterol, triglicérides, ácido úrico e glicose.

3.4 Prática de atividades físicas

Quanto a esta prática, verificou-se que 37 (71,1%) pessoas realizavam exercícios físicos de forma sistemática, pelo menos 30 minutos, três vezes por semana, frequência mínima semanal satisfatória para melhoria do funcionamento cardíaco⁽⁷⁾, enquanto que 15 (28,9%) podem ser considerados sedentários, porque não se engajaram em atividades que possam contribuir para a manutenção da saúde. Todas essas pessoas adotam como prática esportiva a caminhada, uma vez que é econômica, fácil de ser realizada e acessível a todos.

Quanto ao tempo médio de exercício, observou-se que dentre as 37 pessoas que realizavam caminhada, 31 (59,6%) faziam pelo menos 30 minutos de caminhada/vez. De acordo com recomendações de especialistas, os exercícios devem ser realizados de três a cinco vezes por semana para que surtam efeitos benéficos⁽⁷⁾. Dessa forma, além dos indivíduos sedentários, há no grupo pessoas que realizavam exercícios, mas não com frequência eficaz.

Dentre as pessoas que realizavam exercício, 30 (57,6%) aderiram a essa prática de autocuidado após a cirurgia de revascularização do miocárdio, uma vez que vivenciaram uma situação de risco de vida e se sentiram obrigados a alterar seu estilo de viver sob a pena de enfrentar, novamente, doenças cardiovasculares.

A prática de exercícios aeróbios regulares deve ser incentivada, como marcha rápida, corrida, natação e alguns outros esportes, enquanto que os exercícios físicos muito intensos têm pouco efeito sobre os valores de pressão arterial; e exercícios isométricos, como musculação, promovem aumentos da pressão diastólica⁽¹⁰⁾.

As dificuldades dos pacientes para realizarem essa prática de autocuidado podem ser percebidas por meio dos seguintes depoimentos:

[...] não posso caminhar sozinha, pois fico tonta [...] então caminho uns 20 minutos na calçada da minha casa [...] se cair estou onde todos me conhecem (P8).

Comecei a caminhar após a cirurgia [...] antes não saía de casa, só vivia deitada e dormindo. No início tive dificuldade para me acostumar ao exercício da caminhada, mas com o medo de adoecer de novo e morrer, estou caminhando todo dia [...] hoje eu adoro caminhar (P42).

[...] é difícil caminhar porque canso, e às vezes tem uma pessoa que vai caminhar comigo, mas é difícil, aí só caminho de vez em quando (P51).

Percebeu-se que, embora relatem dificuldade de cumprir esta prática de autocuidado, eles já se conscientizaram da importância e necessidade de exercê-la. Cabe aos profissionais de saúde incentivar esta prática e inserir os familiares como um suporte de apoio para que se torne rotineira na vida destes pacientes.

3.5 Abstenção do tabagismo

Ao investigar o uso do cigarro, verificou-se que 15 (28,9%) pessoas nunca fumaram, 37 (71,1%) já foram tabagistas, mesmo que, no momento, nenhum permaneça fumando. Detectou-se, então, que 100% dos pacientes entrevistados seguem esta prática do autocuidado.

Combater o tabagismo é seguramente um dos grandes desafios dos profissionais de saúde, sobretudo pela resistência e porque o sucesso nem sempre é de caráter permanente, ocorrendo recidivas em mais de 60% dos casos de tentativa. Entretanto, é imprescindível a necessidade de combater o tabagismo em portadores de doença coronariana, uma vez que a interrupção do fumo ocasiona uma redução da mortalidade total em cerca de 50%, particularmente após o infarto agudo do miocárdio⁽¹¹⁾.

As pessoas fumantes pensam que podem parar de fumar a qualquer momento, mas quando decidem por esta opção, percebem a dificuldade de abandonar o vício, visto que a abstinência pode desencadear irritabilidade, inquietação, piora da concentração, sintomas depressivos, alteração do sono, aumento do sono, aumento de peso e o desejo incontrolável de fumar, levando muitas pessoas a não obterem êxito na sua decisão de abandonar o hábito.

Destacou-se o fato de que muitas vezes as pessoas não querem fumar, mas os familiares não colaboram, como destacado na fala:

[...] nunca fumei realmente, mas o pessoal lá de casa fuma, então, aprendi com vocês que mesmo só o contato com a fumaça do cigarro, já está fazendo mal [...] sou uma fumante passiva (P33).

É sabido que a exposição de pessoas não-fumantes à fumaça ambiental do cigarro, mesmo que por um curto tempo, favorece o aparecimento de células endoteliais anucleadas no sangue circulante, indicando lesão da camada endotelial, traduzindo uma condição básica para a aterosclerose⁽¹¹⁾.

Cabe aos profissionais de saúde, junto às instituições, promoverem campanhas antitabagistas, além de absterem-se do fumo, para servir de exemplo ao próprio paciente. A melhor abordagem para incentivar a abstenção é enfatizar os benefícios, podendo utilizar diversos métodos para interromper o vício do cigarro, tais como: usar substâncias modificadoras do paladar, depressores da vontade de fumar e competidores farmacológicos da nicotina.

3.6 Abstenção de bebida alcoólica

Quanto ao consumo de álcool, 21 (40,3%) dos entrevistados revelaram abandono da ingestão de bebidas alcoólicas, mostrando uma alteração no estilo de vida favorável para o autocuidado. A maioria das pessoas (48,2%) referiu nunca haver ingerido bebida alcoólica. Embora não tenham exercido uma mudança no estilo de vida, pode ser considerada uma prática de autocuidado, uma vez que a abstinência do álcool é um meio de prevenção de alterações cardiovasculares. Entretanto, seis (11,5%) pessoas permanecem bebendo, revelando, portanto, um número considerável de etilistas.

Pode-se perceber nas falas a seguir a abstinência do álcool relatada pelos pacientes revascularizados:

Parei de beber porque a bebida não dava certo [...] gastava todo dinheiro de casa com a bebida [...] foi o jeito parar (P11).

Parei há uns cinco anos. Comecei diminuindo a dose de bebida até parar de vez [...] (P33).

Parei de beber e fumar há 51 anos, porque fui casar e minha mulher era crente, e para não contrariá-la eu parei (P41).

Observa-se que, embora o alcoolismo seja um vício de abstinência difícil, essas pessoas são conscientes dos riscos que pode ocasionar e abandonaram esse vício, no entanto, algumas delas necessitaram vivenciar uma situação de risco para perceber os seus malefícios.

Como se sabe, o uso abusivo de álcool etílico é um dos fatores desencadeantes para doenças coronarianas, uma vez que favorece a elevação da pressão arterial e o risco de acidente vascular cerebral, aumenta o nível de *high density lipoprotein* (HDL-colesterol de alta densidade) e desencadeia a precipitação da miocardiopatia alcoólica, mesmo que, para alguns autores, seja polêmica a constatação de diminuição do risco para doenças coronarianas nas situações de consumo moderado⁽¹²⁾.

3.7 Adequação alimentar

Observou-se que dentre os entrevistados há uma predominância de 42 (80,8%) pessoas que consomem uma dieta à base de frutas, verduras e carne branca, e dez (19,2%) relataram uma alimentação rica em carnes vermelhas e gorduras animais. Sabe-se que essa última opção de alimentação contribui para a hipercolesterolemia, que é considerado um dos maiores fatores de risco cardiovascular⁽⁷⁾.

Pode-se constatar nos seguintes depoimentos as dificuldades de aderir à prática de autocuidado, relacionada à alimentação saudável:

A comida lá em casa é tudo igual, não dá para separar, então como tudo [...] (P5).

Meu problema é que como fora de casa e nunca a comida é saudável (P9).

Como muita conserva (sardinha), devido às condições financeiras e esse tipo de alimento rende muito [...] dá pra família toda (P45).

Percebe-se, então, que a condição financeira é um dos fatores que dificultam o seguimento desta prática, sendo fundamental para manter os ní-

veis normais da pressão arterial e evitar complicações cardiovasculares.

3.8 Consumo de sal

Detectou-se que 40 (76,9%) pessoas reduziram o consumo de sal, e 12 (23,1%) permanecem consumindo a mesma quantidade anterior, sendo relatado a seguir:

Quanto ao sal é difícil de deixar porque comida com sal é melhor, por isso, às vezes, como com sal [...] e lá em casa todo mundo come igual (P20).

Como com pouco sal [...] insosso [sem sal] demais mata todo mundo [...] (P26).

A redução do sal e lipídios são condutas fundamentais para a terapêutica da hipertensão arterial, sendo que os entrevistados têm consciência desta prática do autocuidado, mas sentem dificuldade para manifestarem comportamentos de adesão. O enfermeiro deve incentivar esta prática de autocuidado, recomendando evitar o uso de alimentos industrializados (conservas, enlatados, defumados) e o uso de saleiro à mesa durante as refeições.

Este fator é agravante, pois os autores são unânimes em considerar que o sódio é um grande cofator para elevação da pressão arterial, sendo que a quantidade diária de sal recomendado ao paciente com hipertensão não deve ultrapassar a 6 g (2,4 g de sódio). Alguns estudos têm demonstrado que a restrição salina reduz a pressão arterial e a mortalidade por acidente vascular encefálico e a regressão da hipertrofia ventricular esquerda, podendo, ainda, reduzir a excreção urinária de cálcio, prevenindo osteoporose em idosos⁽⁷⁾.

3.9 Consumo de café

Quanto ao consumo de cafeína, verificou-se que 21 (40,3%) pessoas reduziram a ingestão de café, nove (17,3%) pararam e 22 (42,4%) pessoas relataram ingerir a mesma quantidade de café, justificando a seguir:

Meu café é 'chafé', e tomo bem pouquinho [...] só para não ter dor de cabeça (P7).

O café era estímulo para fumar, aí após a cirurgia passei algum tempo sem tomar café, mas reiniciei porque tenho problema financeiro para merendar de manhã. O café com pão é mais barato (P34).

Pode-se observar que há um déficit no autocuidado, por conta da cefaléia relacionada à abstinência do café, demonstrando uma dependência física do produto. Porém, a literatura não se aprofunda muito a esse respeito. O aumento da pressão arterial poderá ser potencializado com o consumo de cafeína, dependendo da frequência e quantidade consumida. O custo financeiro também é um fator contribuinte, uma vez que o café é considerado acessível a todos. Esse déficit do autocuidado torna-se difícil de ser solucionado, pois envolve valores e costumes que guiam pensamentos, decisões e ações que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos de pessoas de convívio diário, durante todo o ciclo vital. Porém, com incentivo e determinação, pode-se conseguir a modificação de hábitos de vida.

3.10 Temperamento

Detectou-se dentre os entrevistados que 40 (76,9%) pessoas consideraram ter temperamento predominantemente tranqüilo e 12 (23,1%) se enquadraram nas características de pessoas agitadas e nervosas. Entretanto, observou-se que as pessoas, independentemente do temperamento predominante, podem apresentar momentos significativos de estresse, como mostram as falas a seguir:

Sou calma e tranqüila, mas me preocupo com meu marido que teve trombose e com um neto que é deficiente mental e mora comigo... eu que cuido dos dois e de mim [...] fica difícil! (P9).

Antes eu era calmo e tranqüilo, e depois da cirurgia fiquei agitado, nervoso [...] todos perceberam que mudei (P18).

Todos dizem que sou louca, já me levaram até para hospital de doido, mas sou melhor do que todos eles, só porque falo alto, e reclamo daquele bebarrão lá de casa [...] (P13).

Esses depoimentos mostram que as pessoas entrevistadas desempenham papéis de cunho familiar, dedicando-se à manutenção do seu lar e cuidado com a família. Esse fato, dependendo da singularidade de cada um, pode constituir um agente estressor, que por sua vez pode favorecer o surgimento de novas complicações cardíacas. Portanto, estes pacientes requerem apoio também na esfera psicológica e social, para lidar com situações estressantes e conviver com a doença crônica.

Deve-se, também, considerar que essas pessoas já vivenciaram uma situação de risco e são potencialmente tensas, pelo medo de sofrer tudo novamente. O temperamento habitual reflete como as pessoas reagem às situações problemáticas em geral, já que se considera como temperamento habitual o que predomina na maior parte das situações, inclusive na resolução de problemas.

Há estudos que consideram que nem todos os estados de estresse são nocivos. Acreditam que os estados de estresse suaves, breves e controláveis poderiam, certamente, ser percebidos como excitantes e estímulos positivos ao crescimento e desenvolvimento emocional e intelectual. Apenas as situações mais graves, prolongadas e incontroláveis, levariam a graves estados de doença⁽¹³⁾.

3.11 Atividades de lazer

Verificou-se que 14 (26,9%) pessoas relataram dedicar espaço de seu tempo para o lazer, enquanto 38 (73,1%) não têm nenhum lazer. Este comportamento favorece o surgimento do estresse, o qual pode interagir com outros fatores de risco e causar alterações cardiovasculares. Portanto, a enfermeira deve atuar, juntamente com a família, no incentivo e na promoção de atividades recreativas, com o intuito de reduzir o estresse e normalizar a pressão arterial, minimizando, assim, o risco de complicações e favorecendo a melhoria da qualidade de vida.

Para alguns entrevistados, a religião é tão importante que muitas vezes se torna a sua única atividade recreativa e social, como se constata nos seguintes depoimentos:

Tenho lazer porque pra mim lazer é andar no pólo, é estar aqui numa reunião, é ir à missa [...] é estar num lugar agradável [...] (P20).

Meu lazer é jogar dama, assistir TV, ir à missa [...] (P36).

Sou evangélico e vou sempre à igreja [...] me sinto feliz assim (P49).

A enfermeira pode proporcionar alegria aos pacientes, primeiramente aos mais idosos, buscando satisfazer às suas necessidades espirituais, mesmo sem um conhecimento extenso de religião, uma vez que é uma das necessidades fundamentais do ser humano.

Constatou-se que, atividades recreativas são medidas para proporcionar momentos de alegria, independentemente da intensidade das atividades. Algumas vezes uma conversa com pessoas amigas e/ou dispostas a escutar é suficiente para fornecer uma sensação de alívio e bem-estar ao ser humano.

3.12 Atividade sexual

Em relação à atividade sexual, 10 (19,2%) pessoas relataram mudanças negativas nessa atividade, 16 (30,8%) negaram qualquer mudança e 26 (50,0%) não mantêm relacionamento sexual, pelo fato de não possuir um(a) companheiro(a) ou pela debilidade ocasionada pela idade, como se constata nas falas a seguir:

Sou viúva há 14 anos, e de lá pra cá não tive mais ninguém [...] o que eu tinha de fazer, fiz enquanto era casada, por isso tive 18 filhos (P2).

Após a cirurgia desprezo meu marido [...] não quero mais fazer nada com ele [...] só gosto da companhia (P12).

Meu marido [...] não quer mais conversar comigo [...] ele vive atrás de outras (P6).

Percebe-se que uma ampla proporção de pacientes não retorna à atividade sexual após a ocorrência da doença. Muitos fatores, incluindo as mudanças fisiológicas já esperadas e decorrentes do envelhecimento, disfunções induzidas por medicamentos e alterações vasculares associadas com fatores de risco, somadas ao impacto emocional da doença cardíaca, podem influenciar a vida sexual destes indivíduos⁽¹⁴⁾.

3.13 Controle da pressão arterial

Detectou-se que, 32 (61,5%) pacientes apresentavam o diagnóstico de hipertensão arterial (HA), confirmando a literatura, que considera a doença um fator favorável para a aceleração do processo de aterosclerose e de várias outras alterações cardiovasculares⁽⁷⁾.

Em relação à pressão arterial (PA), 15 (28,9%) pessoas estavam com a PA \geq 140 x 90 mmHg, 13 (25,0%) apresentaram elevação isolada dos valores sistólicos; 24 (46,1%) estavam com a PA < 140 x 90 mmHg; e nenhuma pessoa apresentou elevação isolada da pressão arterial diastólica (PAD). Constatou-se haver um déficit de autocuidado em relação ao controle da PA, estando relacionado ao não controle dos fatores de riscos ambientais.

Um dos principais fatores citados pelos pacientes como relacionado à dificuldade para o controle da pressão foi a situação socioeconômica, caracterizada pela escassez de recursos financeiros, que não permite a aquisição dos medicamentos necessários e alimentação adequada.

3.14 Presença de diabetes

Apesar da grande relação entre *diabetes mellitus* e alterações cardiovasculares, isso não se observou no grupo estudado, pois apenas 17,3% das pessoas avaliadas informaram apresentar o diagnóstico. Destaca-se, no entanto, que o risco de morte por doença cardíaca coronariana é de duas a quatro vezes maior na população diabética quando comparada à população não diabética⁽¹⁵⁾.

Ao avaliar o autocuidado relacionado ao controle da taxa de glicemia, deve-se destacar a participação da família, uma vez que ela é o núcleo viabilizador do preparo de uma dieta diferenciada, podendo favorecer ou dificultar a adesão para uma dieta especial.

4 CONCLUSÕES

Ao abordar alterações cardiovasculares é de fundamental importância considerar a prática do autocuidado do paciente portador dessa doença, visto que o cuidado é indispensável para melhoria da qualidade de vida e redução dos riscos de complicações.

Descreveu-se o perfil de autocuidado e as alterações no estilo de vida mantidas pelos pacientes e suas respectivas dificuldades.

O comparecimento às consultas médicas e de enfermagem foi seguido por 51 (98,0%) pessoas regularmente, sendo que teve interferência do fato de o estudo ter sido realizado no ambulatório de cardiologia nos dias de consulta. As principais dificuldades foram: fator financeiro, distância e dependência física.

O uso de medicamentos foi aderido por 51 (98,0%) pacientes, e destes 46 (88,4%) diariamente e cinco (9,6%) somente quando não estavam se sentindo bem, cujas dificuldades foram: baixa renda para comprar o medicamento, esquecimento e falta de estímulo para tomar remédio sem apresentar sintomas.

Na verificação do índice de massa corpórea 27 (51,9%) pessoas estavam obesas, devido ao cansaço para caminhar e alimentação inadequada.

A atividade física era praticada por 37 (71,1%) pessoas com uma frequência de pelo menos três vezes por semana. As dificuldades citadas foram: cansaço físico, tonturas e falta de companhia para caminhar.

Todos os participantes do estudo abandonaram o tabagismo, e relataram como dificuldade a não colaboração dos familiares, que mantiveram o hábito de fumar. Já o etilismo foi abandonado por 46 (88,4%) pessoas, mas seis (11,5%) permaneciam ingerindo bebida alcoólica, devido a própria dependência química e o fato de os familiares e amigos continuarem bebendo.

Quanto à alimentação, 42 (80,7%) pessoas consumiam uma alimentação saudável, à base de frutas e verduras. As dificuldades relatadas foram: alimentação igual para todos os familiares e condições financeiras. O consumo de sal foi reduzido por 33 (63,4%) pessoas, sendo difícil de cumprir devido uma alimentação igual para todos os familiares e sabor desagradável ao paladar. O consumo de café foi reduzido por 21 (40,3%) pessoas e nove (17,3%) pararam, mas foi citado como dificuldade a dependência física.

O temperamento predominantemente foi tranquilo, citado por 40 (76,9%) pacientes. No entanto, as dificuldades relatadas foram: falta de compreensão dos familiares, principalmente dos filhos.

A hipertensão arterial estava presente em 32 (61,5%) pacientes, destes 15 (28,9%) estavam com a PA \geq 140 x 90 mmHg. As dificuldades citadas foram: situação socioeconômica, que não permite a aquisição de medicamentos necessários e da alimentação saudável. O *diabetes mellitus* estava presente em nove (17,3%) pacientes. Todos estavam com níveis controlados, mesmo com dificuldades de alterar a dieta.

Diante destes dados, no decorrer das consultas ambulatoriais, o paciente deve ser orientado e incentivado constantemente a realizar a prática de autocuidado, sendo abordado individualmente de uma forma holística, considerando seu contexto de vida, uma vez que os mecanismos individuais para satisfazer as necessidades do ser humano irão depender de sua cultura, personalidade, condição econômica e social e da forma como o indivíduo percebe a gravidade da sua doença.

Este estudo já vem repercutindo, desde a etapa da coleta dos dados, uma vez que a pesquisadora participou das reuniões bimestrais que ocorrem no hospital referenciado, realizando oficinas e palestras educativas, abordando os fatores de risco para complicações cardiovasculares e incentivando a prática do autocuidado.

Sugere-se a realização de outros estudos sobre a temática, enfocando o desenvolvimento de estratégias que possibilitem minimizar os fatores de risco para doenças coronarianas e favoreçam a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que já foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio.

REFERÊNCIAS

- Lima FET, Araujo TL, Moreira TMM. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. *Nursing* (São Paulo) 2000;24:18-23.
- Lima FET, Moreira TMM, Araujo TL. Aferição da pressão arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. *Revista RENE* 2000;1(2):100-6.
- Lima FET, Alves ECS, Araujo DM, Moreira TMM, Araujo TL. A elevação da pressão arterial em uma comunidade carente. *Pesquisa Médica* 1999;2(3/4):90-7.
- Luepker VR. Epidemiologias das enfermidades ateroscleróticas em grupos populacionais. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 1997.
- Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Meltzer LE. Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [periódico na Internet] 2004 [citado 2007 mar 2];82(supl IV). Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/Diretriz%20HA.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2):15-25.
- Moreira TMM, Araújo TL, Pagliuca LMF. Alcance da teoria de King junto às famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2001;22(1):74-89.
- Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1996.
- Giannini SD. Aterosclerose: dislipidemias: clínica e terapêutica: fundamentos práticos. São Paulo: BG Cultural; 1998.
- Kuller LH. Álcool e doença cardiovascular. In: American Heart Association. *Compêndio de cardiologia preventiva*. São Paulo: Publicações Científicas; 1997. p. 246-52.
- Lipp MN, Novaes LE. O stress. São Paulo: Contexto; 2000.
- Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2001;9(4):26-31.
- Zanella MT. Diabetes melito como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Cardio Sintética* 1999; 3:9-11.

Endereço da autora/Author's address:

Francisca Elisângela Teixeira Lima
Av. dos Expedicionários, 3406, Apt° 1203, Bl. 1
60.410-410, Benfica, Fortaleza, CE
E-mail: felisangela@yahoo.com.br

Recebido em: 28/12/2005

Aprovado em: 26/06/2006