

FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA

A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO APÓS A REVASCULARIZAÇÃO
DO MIOCÁRDIO

Dissertação apresentada ao Departamento de
Enfermagem, da Universidade Federal do
Ceará, Programa de Pós-Graduação, como
requisito parcial do título de mestre em
Enfermagem Clínico Cirúrgica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA – CEARÁ

2002

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1499289	
04106102	

FRANCISCA ELIZÂNGELA TEIXEIRA LIMA

**A PRÁTICA DO AUTOCUIDADO APÓS A
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araújo
Presidente e Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mercedes Trentini
Membro Efetivo

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Membro Efetivo

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior (CAPES), Programa de Demanda Social e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por intermédio do projeto integrado “Cuidado em Saúde Cardiovascular”.

Está vinculado à linha de pesquisa “Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgico em situação de Saúde-Doença”.

Dedicatória:

À Profª Thelma Leite de Araujo, dedico esta vitória por saber que é tanto minha quanto dela, pois vem me orientando e acompanhando meu crescimento profissional, desde a graduação. Agradeço a Deus por ter colocado esta pessoa iluminada em minha vida. Obrigada, do fundo do coração, por tudo que você tem feito, e faz.

Aos clientes que realizaram revascularização do miocárdio, que este trabalho possa contribuir para melhoria da qualidade de vida de todos vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre guiou meus passos e iluminou meus caminhos... pela sua constante presença em minha vida, dando-me forças, fé e sabedoria para superar os obstáculos da vida. Obrigada pela vida e por mais esta realização...

A minha família, que sempre acreditou na minha vitória ... Agradeço os carinhos, os conselhos e a dedicação, que me proporcionam. Muito Obrigada!

À Prof.^a Thelma Leite de Araujo, mais uma vez, por ter acreditado em mim, apoiando-me e direcionando-me na busca do conhecimento. Obrigada pela paciência, compreensão, incentivo e pelas palavras de conforto e ânimo no decorrer desta caminhada.

À minha amiga, Thereza M^a Magalhães Moreira, que há tempos não relembramos como começou o nosso caminhar de pesquisadoras ... O tempo passa e a vida continua... Hoje eu tenho em você, aquela mesma pessoa que sempre considerei e que posso contar para o que der e vier. Você é uma pessoa de coração bondoso que nunca diz não, sempre sim. Obrigada por tudo!

À minha amiga, Patrícia Neyva, por saber escutar, entender e tranquilizar nos momentos de dificuldades... agradeço a amizade sincera.

Aos professores do Departamento de Enfermagem, em especial aos do mestrado, que transmitiram seriedade no trabalho e contribuíram para a minha formação profissional.

Aos discentes do mestrado da turma de 2000, pelos momentos compartilhados e pela felicidade de tê-los encontrado em meu caminho.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, em especial, Ana Roberta, Joelna Eline, Valma e Ari, pela atenção dispensada.

À Enf.^a Albeniza Mesquita Medeiros, pelo apoio, compreensão e por viabilizar condições para concretização este estudo.

Aos membros do projeto saúde cardiovascular, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, agradeço a amizade e os conhecimentos compartilhados.

Ao Prof. Dalton, Prof.^a Rosa e, acadêmicos de estatística Adriana, Iesus e Juvêncio, pelas orientações e contribuições na análise estatística.

As pessoas que realizaram revascularização do miocárdio, por terem concedidos as entrevistas, colaborando para a concretização deste estudo, que Deus abençoe a todos.

À todos aqueles que de alguma forma, por mais simples que tenha sido, contribuíram na construção deste estudo.

RESUMO

A incorporação da prática do autocuidado pelas pessoas que foram submetidas à revascularização do miocárdio, deve ser o objetivo maior de orientação pós-cirúrgica. Na tentativa de encontrar as melhores vias para a sua prática a longo prazo, pretendemos desenvolver este estudo com o objetivo geral de investigar os comportamentos de clientes após a revascularização do miocárdio, baseado no modelo de autocuidado de Orem (1995). Trata-se de um estudo de natureza exploratória-descritiva, com análise predominantemente quantitativa, realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público, na cidade de Fortaleza-CE. A amostra foi composta pelos clientes que atenderam aos seguintes requisitos: comparecer as consultas no período de maio a agosto de 2001; ter realizado cirurgia de revascularização do miocárdio no período de julho de 1999 a agosto de 2000; haver sido submetido, apenas uma vez à cirurgia de revascularização do miocárdio e ter aceitado participar voluntariamente do estudo. Utilizou-se um instrumento que foi aplicado no consultório de enfermagem no período da pré ou pós-consulta médica, em entrevista individualizada. Os 52 pacientes entrevistados, apresentaram o seguinte perfil: constituído por uma maioria de homens (53,84%), com idade igual ou superior a 65 anos (59,61%), aposentados (71,15%), casados (63,46%), com antecedentes familiares para alterações cardiovasculares (67,30%). Os resultados com relação à prática de autocuidado foram: 51 pessoas (98,07 %) comparecem regularmente às consultas e usam medicamentos; 27 pessoas (51,92%) apresentam $IMC \geq 25$ Kg/m²; 37 pacientes (71,15%) realizam exercícios físicos pelo menos três vezes por semana; nenhuma pessoa permanece fumando; 46 pessoas (88,46%) não bebem, mas seis permanecem ingerindo bebida alcoólica; 42 pessoas (80,76%) relataram consumir

uma alimentação saudável, à base de frutas e verduras; 63,46% reduziram o consumo de sal; 40,38 % reduziram a ingestão de café e nove pararam completamente; 76,92% consideram ter temperamento predominantemente tranqüilo; 32 pessoas (61,53%) apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial, sendo que 28,84 % estavam com os valores da pressão arterial igual ou superior a 140 x 90 mmHg; 17,30% informaram ser portadores de diabetes, sendo todos com níveis glicêmicos controlados. Quanto ao grau de autocuidado, 50,00% se enquadram no grau *ótimo*; 32,69% no grau *bom* de autocuidado e 17,30% no grau *regular*, evidenciando um perfil bom de seguimento das orientações recebidas. Correlacionando a prática de autocuidado e variáveis independentes, verificou-se correlação maior com o sexo feminino, com a idade mais elevada, casados e com antecedentes familiares de alterações cardiovasculares. Foi grande a correlação estatística entre o grau de autocuidado e o fato do paciente ser aposentado, evidenciando a necessidade de adequar as orientações para aqueles que continuam mantendo atividade ocupacional. Conclui-se que os pacientes avaliados mantêm um grau satisfatório de autocuidado, reforçando a importância do processo de orientação desenvolvido em equipe, de forma contínua e com diferentes abordagens para proporcionar ao paciente com revascularização do miocárdio condições para realizar a prática de autocuidado.

ABSTRACT

The most important objective of post surgical orientation should be the practice of the selfcare by the people who have been submitted to the myocardium revascularization. The aim of this research is to investigate patient's behaviour after the myocardium revascularization surgery, based on Orem's model (1995). It is a exploratory-descriptive study, with predominantly quantitative analysis, which was done in a cardiology clinic of a government hospital, in Fortaleza city, Ceará. The sample was composed by patients who: attended the doctor appointment from May to August in 2001; undergone a myocardium revascularization operation from July, 1999 to August, 2000; have been undergone an myocardium revascularization operation only once and agree on participating voluntarily in this research. Individualised interviews were applied at the nursing clinic before and after the medical advice. The 52 patients interviewees, showed the following aspect: The majority were men (53,84%), from 65 years-old up (59,61%), retired (71,15%), married (63,46%), with family predisposition for cardiovascular alterations (67,30%). The results related to selfcare practice were: 51 people (98,07%) attended regularly the doctor appointment and take medicine; 27 people (51,92%) showed $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ (corporeal rate mass); 37 patients (71,15%) practise physical exercises at least three times a week; no one keeps smoking; 46 patients (88,46%) don't drink, but six patients still take alcoholic drink; 42 patients (80,76%) eat healthy food with fruits and vegetables; 63,46% reduced the use of salt; 40,38% reduced the ingestion of coffee and nine quit it completely; 76,92% say they have a calm temper mostly; 32 patients (61,53%) showed an arterial hypertension diagnosis, but 28,84% showed an arterial pressure equal or superior then 140 x 90 mmHg; 17,30% are diabetic with controlled glycohaemia level. According to selfcare level, 50,00% are very good; 32,69% are good and 17,30%

are reasonably good, what shows that they follow the received orientations. Women, elderly patients, married patients and the ones who have family predisposition for cardiovascular alterations practise selfcare better, mainly when the patient is retired. It is evident the necessity of adapted orientations for those who continue working. The conclusion is that patients that participated in this research, keep a satisfactory selfcare level, supporting the importance of the orientation process in group, in a continuous way and with different approaches to provide to the patient who have been submitted to the myocardium revascularization conditions to do the selfcare practice.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Revascularização do Miocárdio	25
3.2 Doenças coronarianas que podem levar à revascularização do miocárdio ...	26
3.3 Práticas de autocuidado para o cliente revascularizado	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	48
5 MATERIAL E MÉTODOS	55
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
6.1 Caracterizando os entrevistados	64
6.2 Discutindo sobre a prática do autocuidado	71
7 CONCLUSÕES	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Distribuição de freqüência das variáveis Idade e Sexo	64
TABELA 2:	Resultado do teste de independência entre as variáveis Sexo e Grau de autocuidado.....	66
TABELA 3:	Resultado do teste de independência entre as variáveis Idade e Grau de autocuidado	66
TABELA 4:	Distribuição de freqüência da variável Ocupação.....	67
TABELA 5:	Resultado do teste de independência entre as variáveis Ocupação e Grau de autocuidado.....	68
TABELA 6:	Distribuição de freqüência da variável Estado civil.....	68
TABELA 7:	Resultado do teste de independência entre as variáveis Estado civil e Grau de autocuidado.....	69
TABELA 8:	Distribuição de freqüência da variável Presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares.....	69
TABELA 9:	Resultado do teste de independência entre as variáveis Antecedentes familiares e Grau de autocuidado.....	70

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Valores de referência de CT, LDL, HDL e TG em adultos com idade igual ou superior a 20 anos	41
QUADRO 2: Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (> 18 anos de idade)	45
QUADRO 3: Descrição dos procedimentos do autocuidado	60
QUADRO 4: Descrição dos graus de autocuidado	61
QUADRO 5: Distribuição de frequência da variável Uso de medicamento e frequência deste uso.....	72
QUADRO 6: Caracterização dos clientes revascularizados quanto as variáveis Prática de exercício físico, Período, Tempo médio dos exercícios e Alterações nas atividades ocupacionais.....	75
QUADRO 7: Caracterização dos clientes revascularizados, segundo as variáveis Temperamento, Atividades de lazer e Atividade sexual.....	85
QUADRO 8: Distribuição de frequência da variável Presença de hipertensão e Níveis da pressão arterial.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição da variável Regularidade no comparecimento às consultas médicas.....	71
GRÁFICO 2: Distribuição de freqüência do Índice de Massa Corpórea	74
GRÁFICO 3: Distribuição de freqüência da variável Hábito de fumar.....	78
GRÁFICO 4: Distribuição de freqüência da variável Hábito de ingerir bebida alcoólica	80
GRÁFICO 5: Distribuição de freqüência da variável alimentação.....	82
GRÁFICO 6: Distribuição de freqüência da variável Consumo de sal.....	83
GRÁFICO 7: Distribuição de freqüência da variável Consumo de café.....	84
GRÁFICO 8: Distribuição de freqüência da variável Presença de diabetes.	90
GRÁFICO 9: Distribuição dos indivíduos segundo o Grau de autocuidado	91

1 INTRODUÇÃO

Embora haja muitos estudos já desenvolvidos sobre elevação da pressão arterial e complicações cardiovasculares (Lima et al., 1999; Lima, Araújo, Moreira, 2000a; 2000b), sentimos a necessidade de estudar a prática do autocuidado nos pacientes que já vivenciaram uma situação de risco, especificamente aqueles que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio, considerando que eles necessitam de um acompanhamento constante para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Pesquisas 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* (Luepker, 1997; Lessa, 1998).

As doenças isquêmicas, por sua vez são, atualmente, um dos principais fatores de mortes em todo o mundo, sendo responsáveis por 50% dos óbitos nos países desenvolvidos e por 25% nos países subdesenvolvidos. Na América Latina, das mortes com causas cardiovasculares, 33% são decorrentes exclusivamente de doenças isquêmicas (Lessa, 1998).

No Brasil, a doença isquêmica é uma causa importante de óbito em todas as regiões. Ao comparar-se o índice de mortalidade precoce pela doença isquêmica entre os Estados Unidos e o Brasil, observam-se aqui elevados índices, onde metade dos óbitos das principais capitais brasileiras ocorreu na faixa etária inferior a 65 anos, enquanto nos países desenvolvidos somente 25% dos óbitos foram de pessoas com idade inferior a 65 anos. Os homens brasileiros na faixa etária dos 35 a 44 anos têm risco três vezes maior de morrer de infarto agudo do miocárdio do que o homem norte-americano, constatando que o brasileiro sofre infarto mais cedo (Lessa, 1998).

Os 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, em caso de infarto agudo do miocárdio, angina estável com possibilidade de infarto, angina instável, angina pós-infarto e após angioplastia sem sucesso. Porém, é bem verdade que a prevenção primária, secundária ou terciária representam os pilares para redução de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. Portanto, vale ressaltar a necessidade de minimizar os fatores de risco que favorecem o aparecimento de doenças coronarianas.

Esses fatores de risco podem ser *irreversíveis*, isto é, o indivíduo não pode controlá-los ou alterá-los; ou *reversíveis*, aqueles passíveis de controle ou prevenção. O conhecimento dos fatores de risco deve levar ao incentivo da prática de autocuidado, procurando-se alterar o estilo de vida ou hábitos pessoais, com o intuito de minimizar esses fatores, favorecendo a manutenção da saúde por um tempo prolongado.

Os principais fatores de risco irreversíveis para doença coronariana 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. Dentre os fatores reversíveis, podemos citar: elevação da pressão arterial, sedentarismo, obesidade, tabagismo,

etilismo, ingestão de café, dieta rica em gorduras, sal, estresse, contraceptivos hormonais (CBHA, 1998; Meltzer, 2000).

Estes fatores de risco atuam em conjunto, sendo que, quanto maior a quantidade de fatores o indivíduo possuir, maior será a probabilidade de desencadear as doenças coronarianas. As pessoas com índices maiores de risco devem realizar acompanhamento periódico, visando a aderir a uma prática de autocuidado, reduzindo o número e a gravidade dos riscos. Essa prática de autocuidado deve ser intensificada, principalmente, em pessoas portadoras de doenças coronarianas e que já realizaram revascularização do miocárdio.

Para estudarmos melhor os comportamentos das pessoas que realizaram a cirurgia de revascularização do miocárdio, fundamentaremos este estudo na Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem (Orem, 1995). A escolha deste referencial se justifica considerando que o cuidado pessoal é indispensável ao indivíduo, a cada dia, para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar.

A incorporação da prática do autocuidado pelas pessoas submetidas à revascularização do miocárdio deve ser o objetivo maior de orientação pós-cirúrgica, 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 alterações 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. 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, pelo menos, seguida de forma irregular.

A experiência de ter uma alteração cardíaca e, posteriormente, ser submetido ou não a uma cirurgia, tem sido objeto de estudo de diversos estudiosos desta temática que analisam o impacto que essas ocorrências trazem para o indivíduo (Lopes, 1998). No entanto, são menos numerosos aqueles que avaliam as mudanças que permanecem após a recuperação do indivíduo e o retorno às atividades da vida normal.

Diante destas considerações, surgiu o interesse de desenvolver um estudo com pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, e que tivessem retornado para suas atividades cotidianas, uma vez que as doenças coronarianas são ocorrências que levam a uma mudança súbita no estilo de vida, mas que, com o passar do tempo, podem ter sua gravidade e seriedade minimizadas. Além disto, o estudo visa a atender à necessidade de se ampliar os conhecimentos relacionados às doenças isquêmicas do coração, que ainda são muito limitados na área da enfermagem. A finalidade principal seria encontrar respostas para as questões: Como serão os comportamentos de autocuidado dos pacientes após o período imediato à revascularização do miocárdio? O impacto produzido em suas vidas pelo evento levou-os a uma mudança efetiva de comportamentos? Quais comportamentos são mais fáceis de serem efetivamente modificados e quais os mais difíceis? Fatores como idade, sexo, ocupação, estado civil e presença de familiares com alterações cardiovasculares seriam determinantes para comportamentos de autocuidado?

Tanto a ocorrência de doenças coronarianas como a manutenção de um estilo de vida saudável após o tratamento cirúrgico levam o indivíduo a defrontar-se com dificuldades, precisando da assistência de enfermagem para ajustar-se às transformações impostas pela doença, exercendo uma prática de autocuidado contínua e intermitente.

O interesse em nos aproximar da realidade das pessoas submetidas à revascularização do miocárdio levou-nos a refletir sobre o autocuidado desses pacientes. Na tentativa de encontrar as melhores vias para a sua prática a longo prazo, pretendemos desenvolver este estudo para dimensionar a capacidade de autocuidar-se da pessoa submetida à cirurgia de revascularização do miocárdio. Buscamos contribuir para a prestação de cuidados e orientações de enfermagem ao paciente com cardiopatias, incentivando a prática do autocuidado e proporcionando melhoria na qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

Geral:

Investigar os comportamentos de pacientes após a revascularização do miocárdio, tendo como base o modelo de autocuidado de Dorothea Orem.

Específicos:

- Correlacionar a prática de autocuidado com as variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil e antecedentes familiares para alterações cardiovasculares;
- 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.

A consequência mais importante da aterosclerose é a isquemia do miocárdio, que representa o desequilíbrio entre o fluxo e as necessidades do miocárdio e deve-se ao crescimento das placas de ateroma ou à trombose secundária à sua ruptura, ou a ambas, que, ao obstruírem o lúmen da artéria coronária, reduzem o fluxo e ocasionam uma isquemia no território do miocárdio abastecido pela artéria correspondente. É também decorrente das exageradas necessidades do miocárdio (taquicardia, hipertensão arterial severa, hipertrofia ventricular, valvulopatia aórtica) para um aporte adequado de fluxo sanguíneo (Andrade, 2000).

A isquemia do miocárdio ocasionada pela aterosclerose pode levar a variados graus de lesão celular, sendo manifestada, principalmente, pela dor torácica. Suas manifestações clínicas mais importantes são a *angina pectoris* e o infarto agudo do miocárdio, razão por que nos aprofundaremos na descrição dessas alterações.

- *Angina Pectoris*

A *angina pectoris* é uma síndrome caracterizada por crises de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax. Essa dor é recorrente e pode ser uma lesão reversível, irradiando, freqüentemente, para o braço, ombro esquerdo e pescoço. É decorrente da insuficiência do fluxo sanguíneo para as coronárias, resultando no suprimento inadequado de oxigênio para o miocárdio. Geralmente essa dor tem duração de apenas alguns minutos, mas algumas pessoas apresentam isquemia tão grave que permanece o tempo todo (Smeltzer e Bare, 1999; Guyton e Hall, 1997).

A angina é, geralmente, causada pela cardiopatia aterosclerótica e está associada à obstrução significativa de uma artéria coronária principal. Existem alguns fatores que podem provocar a dor anginosa, tais como esforço físico, que aumenta a necessidade miocárdica de oxigênio; exposição ao frio, que causa vasoconstrição e também aumenta a necessidade miocárdica de oxigênio; ingestão

excessiva de comida, que aumenta o fluxo sanguíneo para a área mesentérica, reduzindo o fluxo para o coração; e estresse, que aumenta a pressão arterial, a frequência cardíaca e, assim, a carga de trabalho do miocárdio.

Dentre as diversas classificações de *angina pectoris*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera dois grandes grupos: angina estável ou de esforço e angina instável.

A angina estável é desencadeada por esforços físicos, mudanças de temperatura, alterações emocionais, e ainda, pode ser decorrente de uma lesão arteriosclerótica estável, ou significativa para produzir uma estenose superior a 50% do lúmen da artéria coronária. A gravidade da angina estável segundo, New York Heart Association (NYHA), é classificada em: Grau I – aparece em grandes esforços; Grau II – aparece em esforços moderados; Grau III – aparece em pequenos esforços; e Grau VI – Aparece em repouso ou em esforços mínimos (Andrade, 2000).

Em um estudo realizado por Moraes et al. (1996), verificou-se que, dentre 124 pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, 57% eram NYHA II, 36% NYHA III, e 7% NYHA IV, demonstrando que a função miocárdica não foi o fator primordial de morbidade e mortalidade neste grupo estudado.

A angina instável é uma alteração na evolução da doença coronariana estável, sendo decorrente de uma grave estenose da artéria coronária, por crescimento da placa de ateroma, ou produzida por uma complicação aguda desta, como ocorre no infarto agudo do miocárdio, no qual a placa fatura, desencadeando agregação plaquetária e, portanto, trombose e espasmos associados, que tendem a ocluir o vaso. Porém, ao contrário do infarto, é um processo reversível que não chega a causar necrose do miocárdio (Andrade, 2000).

- Infarto Agudo do Miocárdio

Infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma síndrome clínica resultante da necrose isquêmica do miocárdio. Origina-se da obstrução do fluxo coronariano, seja transitório ou permanente, total ou subtotal, de uma artéria coronária, geralmente causada por um trombo que se instala sobre uma placa coronária. Essa obstrução compromete a sobrevivência do tecido nutrido pela artéria ocluída, levando, em cerca de três horas, à necrose, e após cerca de seis semanas à formação de tecido cicatricial (fibrose). As lesões são irreversíveis e sua gravidade depende da extensão da área isquêmica (Andrade, 1997; Santos & Silva, 1992).

Este quadro é caracterizado por uma dor precordial prolongada e intensa, com início súbito, podendo irradiar para o pescoço, ombro, mandíbula e para o braço e mão esquerda, além da região epigástrica. Esta dor é semelhante, em caráter e localização, à dor da *angina pectoris*, diferenciando-se pela maior severidade, duração superior a 30 minutos, sem cessar com repouso ou administração de nitratos, além de estar acompanhada de náuseas, sudorese, palidez e grave sensação de ansiedade (Smeltzer e Bare, 1999).

A dor do infarto costuma ser descrita como uma sensação de aperto, de compressão, de peso ou de constrição, aumentando sua intensidade, muitas vezes, dentro de alguns minutos ou durante as primeiras horas, mantendo-se depois constante e diminuindo progressivamente. Essa dor surge comumente em repouso (30%), na realização de exercícios leves (30%) ou durante o sono (12%) (Smeltzer e Bare, 1999; Julian e Cowan, 2000).

O IAM pode, também, ser manifestado com a presença de sintomas mal definidos, como dor torácica desconhecida, leve e transitória, sendo descrita por até dois terços dos pacientes por períodos variáveis de duas a quatro semanas anteriores ao evento principal. O infarto pode, ainda, apresentar-se sem dor, de forma assintomática ou como edema agudo de pulmão, AVC isquêmico, arritmia

cardíaca ou morte súbita. Estes casos são mais comuns em pacientes no pós-operatório, de mais de 70 anos de idade, em diabéticos, negros, obesos, mulheres, hipertensos e portadores de fibrilação atrial (Santos e Silva, 1992).

O infarto é o primeiro sinal de coronariopatia na maioria dos casos (62%), mas pode surgir como complicação de um estado anginoso (37%) ou após infarto prévio (11%) (Santos e Silva, 1992).

No IAM, a extensão anatômica da lesão cardíaca não se correlaciona diretamente com as manifestações clínicas, pois muitas pessoas, com graus semelhantes de obstrução coronária, têm diferentes gradações de dor, área infartada, arritmia e morte súbita. Enquanto, isso, a sobrevivência de pacientes infartados, após alta hospitalar, é diretamente proporcional a dois fatores: função ventricular ligada ao tamanho da área lesada e presença de coronariopatia obstrutiva em outras artérias (Santos e Silva, 1992).

A finalidade da terapêutica do infarto agudo do miocárdio é o alívio da dor, a prevenção da fibrilação ventricular, a redução da área afetada pelo infarto, tratamento de arritmias e o controle das complicações (Santos, 1998).

3.3 Práticas de autocuidado para o paciente revascularizado

Nos últimos 50 anos, têm sido empregados numerosos recursos humanos e materiais num esforço incessante para se descobrir as causas das doenças cardíacas coronarianas. Porém, até hoje, essas causas permanecem obscuras, acreditando-se na combinação de vários fatores associados, não ficando nenhum mecanismo responsável isoladamente.

Fatores de risco são definidos como eventos ou fenômenos de qualquer natureza, aos quais se expõe o indivíduo em seu ambiente, cuja consequência pode ser a produção de uma enfermidade ou efeito (Cervato, 1997).

As práticas de autocuidado do paciente submetido a revascularização do miocárdio são baseadas nos fatores de risco evitáveis e compreendem a manutenção de um estilo de vida que leva em consideração a continuidade e acompanhamento do tratamento clínico e a doença coronariana. A atenção aos fatores de risco se faz necessária para evitar a ocorrência de mais episódios de doença coronariana. Isto é, caso o indivíduo não consiga manter uma prática adequada de autocuidado, existe a possibilidade de um novo evento. Daí a necessidade de descrever, primeiramente, sobre os fatores irreversíveis, que podem levar a doenças coronarianas, para, posteriormente, comentarmos sobre cada prática de autocuidado.

- Fatores irreversíveis

O avanço da idade tem sido considerado importante fator de risco para desencadeamento de complicações cardiovasculares, em virtude da alteração na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, conseqüentes do processo de envelhecimento, e alterações orgânicas dos mecanismos que controlam a PA e promovem a sua elevação (Brasil, 1993).

A incidência da insuficiência coronariana aumenta enormemente com o aumento da idade em ambos os sexos. Meltzer (2000) exemplifica que um homem na faixa etária de 50 anos apresenta um risco quatro vezes maior de sofrer um infarto do miocárdio do que um jovem de 30 anos, evidenciando, também, a possibilidade de um jovem, na faixa etária de 30 anos ou menos, apresentar doença cardíaca coronariana.

A insuficiência coronariana prevalece mais no homem do que na mulher até o climatério. Porém, após a menopausa, a incidência de doença coronariana em mulheres aumenta significativamente, tendendo a se igualar com a dos homens. Este fator sugere as influências hormonais no desenvolvimento desta doença.

Portanto, as manifestações sérias da doença cardíaca isquêmica, como o infarto agudo do miocárdio ou morte súbita, são menos freqüentes na mulher na fase pré-menopausa, aumentando muito após a menopausa (Meltzer, 2000).

Estudos epidemiológicos têm mostrado maior gravidade da hipertensão no negro em relação ao branco, sendo que as alterações cardiovasculares na raça negra é quase duas vezes mais prevalente do que na branca e este predomínio é encontrado em todas as idades (Luna, 1989). Não há boa explicação satisfatória para esses fatos, porém especula-se a influência de fatores genéticos relacionados à diferença racial.

Os estudos têm demonstrado que as doenças cardiovasculares são de ordem familiar, sendo que mutações genéticas interagindo com fatores ambientais ou psicossociais podem dar origem a uma desorganização no controle da PA, favorecendo o aparecimento de doenças coronarianas (Luna, 1989). Essa interação é naturalmente complexa e a contribuição dos genes é qualitativa e quantitativamente variável. Ao longo do tempo, a hipertensão primária e as doenças coronarianas afetam vários membros de uma mesma família. É comum a existência de pacientes portadores de doenças coronarianas com antecedentes familiares, até o 2º grau, portadores da mesma patologia ou casos de morte por infarto na família.

- Necessidade de acompanhamento médico e de enfermagem

É de fundamental importância que os pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio compareçam periodicamente às consultas médicas para avaliação do estado de saúde, principalmente do funcionamento cardíaco, e recebimento da prescrição do tratamento medicamentoso. Da mesma forma, é imprescindível ser acompanhado na consulta de enfermagem, que deve ser centrada no tratamento não medicamentoso, isto é, para as alterações no estilo de vida, devendo, constantemente, incentivar a prática do autocuidado.

A enfermagem deve enfatizar a avaliação clínica, psicológica e social do paciente após a revascularização do miocárdio, pela equipe de saúde, envolvendo seus parentes mais próximos, uma vez que estes influenciam diretamente no tratamento, no comportamento e no estilo de vida seguido. Essa avaliação deve contemplar os fatores que interferem na adesão à terapêutica, 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 a adesão às orientações.

O enfermeiro necessita buscar maneiras individualizadas de atuar junto ao paciente, estabelecendo uma relação de ajuda, com o intuito de facilitar a adaptação, promover o equilíbrio e a reeducação do indivíduo-família-comunidade, de forma satisfatória e contínua, além de estabelecer com ele uma relação de ajuda, incentivando a prática do autocuidado, com o intuito de minimizar as complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, os internamentos hospitalares.

O incentivo ao tratamento favorece maior sobrevivência, porém esse prolongamento da vida só é possível se a pessoa se sujeitar a praticar o autocuidado de maneira permanente e rigorosa.

- Utilização de medicamentos

Os medicamentos devem ser utilizados conforme a prescrição médica, seguindo sempre as orientações, quanto ao horário, frequência e efeitos colaterais. Essa prática de autocuidado deve ser, impreterivelmente, realizada com regularidade. Citaremos a seguir os principais grupos farmacológicos que devem ser utilizados por pacientes com doenças coronarianas ou que realizaram uma cirurgia de revascularização do miocárdio, sendo sua escolha de acordo com as características clínicas de cada paciente (AME, 2000).

Os *bloqueadores beta-adrenérgicos* são drogas que atuam como vasodilatadores coronarianos, anti-hipertensivos e antiarrítmicos. Competitivamente bloqueiam os receptores beta-adrenérgicos no coração. Diminuem a excitabilidade cardíaca, débito cardíaco e consumo de oxigênio, liberação da renina e pressão sanguínea.

Os *bloqueadores dos canais de cálcio* são drogas vasodilatadoras coronarianas e anti-hipertensivas. Essas drogas inibem o movimento do íon cálcio na membrana cardíaca e na musculatura vascular. São antagonistas do cálcio que inibe o influxo de íons cálcio nas células miocárdicas e nas células da musculatura lisa das artérias coronárias e da vascularização periférica, resultando na diminuição da velocidade de condução do impulso cardíaco, deprimindo a contratilidade do miocárdio, dilatação das artérias coronarianas e periféricas.

Os *nitratos* relaxam a musculatura lisa dos vasos. O relaxamento das arteríolas resulta na diminuição da resistência vascular e pressão arterial. A redução da necessidade de oxigênio pelo miocárdio ocasiona melhor distribuição do fluxo sanguíneo no miocárdio.

Os *diuréticos* possuem um mecanismo hipotensor relacionado à redução de volume e da resistência vascular periférica. Os diuréticos tiazídicos e os de alça tendem a diminuir a pressão arterial durante o exercício, em razão da queda da volemia e do débito cardíaco.

Antiarrítmicos são drogas que interferem na frequência cardíaca alterada, pelos seguintes mecanismos de ação: inibindo os canais rápidos de sódio e de potássio, bloqueando os canais de cálcio e antagonizando os receptores beta-adrenérgicos.

Os *digitálicos* promovem perfusão miocárdica, podendo reduzir o consumo de oxigênio do miocárdio em virtude da diminuição do nível pressórico de enchimento ventricular e capilar do pulmão.

- Correção do peso corporal

A obesidade é caracterizada por um acúmulo de gordura no tecido adiposo capaz de aumentar em 20% ou mais o valor do peso ideal. A obesidade pode ser calculada pelo índice de massa corpórea (IMC), que é o peso dividido pela altura ao quadrado, expressa em kg/m^2 . O diagnóstico da obesidade é baseado na relação entre o peso corpóreo real e o peso ideal para altura, sexo e idade. Este método permite classificar a gravidade da obesidade em função das cifras encontradas, as quais são classificadas em: baixo peso, menor de 20; normal, de 20 a 24,99; sobrepeso, de 25 a 29,99; obesidade, de 30 a 39,99; e obesidade mórbida, igual ou acima de 40 kg/m^2 .

De acordo com o Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia (Consenso, 1996), a obesidade é incluída como fator de risco coronariano quando o IMC for igual ou superior a 30 kg/m^2 .

Martinez et al. (1996) comentam que à medida em que o paciente se torna obeso, ocorre a elevação do débito cardíaco, que se dá, principalmente, pelo aumento no volume de ejeção, enquanto a frequência cardíaca não altera. Obesidade e hipertensão atuam sinergicamente sobre o coração, sendo que a relação destas condições clínicas faz aumentar o risco de insuficiência coronariana.

Dados estatísticos do Ministério da Saúde (Brasil, 1993) revelam que mulheres apresentam mais problemas de peso excessivo do que homens. Entretanto, o padrão de distribuição da gordura em adultos de ambos os sexos tem maior valor preditivo de morbidade e mortalidade do que a quantidade total de gordura. A distribuição de gordura no sexo feminino é predominantemente na região glútea e áreas anexas, não causando grandes riscos à saúde, enquanto que a gordura depositada no abdome, como ocorre com maior frequência no homem, propicia o surgimento de alterações cardiovasculares. Assim, apesar do excesso de

peso ser mais freqüente em mulheres, é nos homens que ocorrem as maiores complicações cardiovasculares.

- Realização de atividades físicas

Até os anos 60-70, recomendava-se repouso de três semanas aos pacientes que se recuperavam de infarto agudo do miocárdio, com base no pressuposto de que o repouso facilitaria a cicatrização do miocárdio. Entretanto, observou-se que o repouso prolongado no leito resultava em alguns efeitos deletérios e a atividade física promovia vantagens, uma vez que fazia aumentar a capacidade da função cardiovascular e diminuir a demanda de oxigênio do miocárdio para um determinado nível de atividade física (Pires e Rego, 1992).

Atualmente, é sabido que o sedentarismo pode ser considerado como fator de risco independente para doença arterial coronariana (DAC), pois a realização dos exercícios físicos, avaliada entre os anos de 1975 e 1995, tem evidenciado declínio na mortalidade em 20 a 30%. Entretanto, o número de eventos cardíacos, incluindo a taxa de infartos do miocárdio, não teve redução significativa. Dados demonstram que o impacto do treinamento físico associado à mudança de estilo de vida promoveu a redução da mortalidade cardíaca de 20 a 35% (Consenso, 1996). Porém, os efeitos benéficos do treinamento físico são transitórios e reversíveis, podendo desaparecer com a diminuição ou falta do exercício.

A reabilitação cardiovascular (RCV) na fase aguda do infarto objetiva reduzir os efeitos deletérios de repouso prolongado no leito, o controle das alterações psicológicas e a redução da permanência hospitalar. Além disso, a longo prazo, o exercício pode ajudar a controlar o hábito de fumar, a hipertensão arterial, dislipidemias, *diabetes mellitus*, obesidade e a tensão emocional, fatores que sabidamente se associam às doenças coronarianas.

Em relação à RCV na fase crônica da cardiopatia isquêmica, os níveis estabelecidos de exercícios não demandam grande intensidade, sendo que um gasto energético equivalente a 2000 Kcal/semana, dividido em três ou cinco dias, já produzirá os efeitos desejados, desde que mantido por tempo prolongado (Consenso, 1996). O objetivo maior dos programas de reabilitação cardiovascular na doença arterial coronariana (DAC) é permitir o retorno mais breve à vida produtiva e ativa pelo maior período de tempo possível, a despeito de possíveis limitações impostas pelo seu processo patológico. E, como objetivos menores e a longo prazo, pretende-se estabilizar ou reverter o processo aterosclerótico; reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular, melhorar a sintomatologia de angina de peito e as manifestações clínicas de disfunção ventricular esquerda; estimular a readaptação social, reduzindo ou eliminando a ansiedade e depressão que podem acompanhar os pacientes após um evento coronário; educar o paciente sobre sua doença, orientando sobre as práticas de autocuidado.

Há evidências de que o exercício regular, realizado por longos períodos, associado a uma abordagem multidisciplinar envolvendo intervenções psicológicas, dietéticas e farmacológicas, possa influenciar na prevenção da aterosclerose e na redução de eventos coronários (Meltzer, 2000). Vale ressaltar que diversos estudos constataram menor índice de doenças coronarianas em pessoas que realizam atividade física cotidiana, mesmo que seja uma atividade ocupacional de maior esforço, com maiores gastos energéticos (Giannini, 1998).

O horário ideal para a prática de exercícios não está estabelecido. Dados epidemiológicos evidenciam que o infarto do miocárdio, a morte súbita cardíaca, os acidentes vasculares trombóticos e os episódios de isquemia miocárdica silenciosa apresentam pico de incidência no período da manhã entre 6 e 12 horas, coincidente com as elevações circadianas da pressão arterial, da frequência cardíaca, da viscosidade sangüínea, da agregabilidade plaquetária, do cortisol e da adrenalina

plasmáticos, e com as reduções circadianas do fluxo coronário. Algumas evidências têm demonstrado redução do pico matutino de infarto do miocárdio com o uso de betabloqueadores e ácido acetil salicílico. Em dois programas de reabilitação supervisionada, com sessões exclusivas nos períodos da manhã e da tarde, não se demonstraram diferenças significativas na incidência de eventos cardíacos (Consenso, 1996). Com relação à prescrição do horário do exercício, recomenda-se que cada caso seja avaliado separadamente, levando-se em conta as características clínicas, enquanto o assunto aguarda a efetiva comprovação.

- Abstenção do tabagismo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o ato de fumar está se tornando uma epidemia global na maioria dos países desenvolvidos. Estima-se que haja aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes no mundo, sendo o fumo responsável pela morte de três milhões de pessoas por ano.

Das substâncias presentes no cigarro, foram identificadas quatro como causadoras de alterações cardiovasculares: benzopireno, radicais livres, monóxido de carbono e nicotina, sendo as duas últimas as principais responsáveis pelo surgimento de doenças coronarianas. A nicotina aumenta a atividade cardíaca, em decorrência da elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial, levando a uma deficiência relativa de oxigênio. E o monóxido de carbono na corrente sanguínea interfere com a oxigenação do miocárdio (Meltzer, 2000; Issa e Francisco, 1996).

Tem sido demonstrado que o fumo agrava as doenças cardíacas por acentuar a aterosclerose, aumentando o ritmo dos batimentos cardíacos e a pressão arterial (Mion Jr., 1994). Essa relação entre fumo e doenças causadas por ele depende do tempo, frequência, padrão de inalação e tipo de cigarro. Segundo estudos epidemiológicos, 25% das mortes atribuídas às doenças cardiovasculares podem ser distúrbios do fumo.

O risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas é de duas a quatro vezes maior nos fumantes, sendo que, nos jovens, o perigo é muito mais expressivo se o consumo for superior a 20 cigarros por dia, equivalente a uma carteira (maço) completa, sendo de 10 a 20 vezes superior ao risco de não-fumantes, e nas mulheres, o risco pode ser acentuado com o uso simultâneo de anticoncepcionais (Giannini, 1998).

Fumantes sem doença coronária morrem em média três anos antes dos não-tabagistas, porém essa diferença aumenta para os fumantes com outros fatores de risco para doença coronária, que morrem 10 a 15 anos antes dos não-fumantes (Jardim et al., 1999).

- Abstenção do etilismo

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, concorre grandemente para o aumento do nível de colesterol-HDL e desencadeia a precipitação da miocardiopatia alcóolica (Kuller, 1997).

Entretanto, Colombo (1995) assinala que o consumo moderado de álcool, equivalente a uma dose de destilados ou uma lata de cerveja ou uma taça de vinho, propicia efeito preventivo no desenvolvimento da doença arterial coronariana. Essa afirmação é considerada polêmica, entre os autores, mas os dados epidemiológicos revelam forte associação positiva entre o consumo de álcool e o colesterol HDL, podendo reduzir o risco de infarto agudo do miocárdio (Colombo, 1995; Kuller, 1997).

Por isso, acredita-se que o prejuízo do álcool para a saúde cardiovascular advenha do seu excesso, assim, recomenda-se não ingerir mais de duas doses de

bebidas destiladas, dois copos de vinho ou 660 ml de cerveja por dia (Ribeiro, 1996).

Segundo Stuchi (1999), as pessoas adotam a prática de ingerir o álcool como uma maneira de relaxar, reduzir a tensão, aliviar o estresse, a solidão e proporcionar conforto orgânico e mental. Porém, as interações medicamentosas de incompatibilidade da bebida alcoólica com as drogas são fatores que levam as pessoas a não aderirem ao tratamento, principalmente para os portadores de hipertensão arterial.

- Alimentação adequada

Os padrões alimentares podem influenciar na incidência de doença cardíaca coronariana. Isso pode ser constatado em países ricos, como os Estados Unidos, que têm elevada taxa de incidência de doenças coronarianas, associadas a dietas ricas em gorduras animais, enquanto em países mais pobres, onde a ingestão de produtos animais é bem menor, a incidência da doença é muito baixa.

As dietas ricas em gorduras saturadas são um dos principais fatores na etiologia da doença coronariana, sendo um fator bastante agravante, uma vez que, a população brasileira está passando por uma transição nutricional, caracterizada pelo aumento da ingestão das gorduras animais e açúcares, em detrimento das alimentações ricas em carboidratos e fibras. Estes hábitos alimentares têm contribuído para a etiologia das dislipidemias, hipertensão arterial e para intensificação da obesidade.

Os valores de referência para colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL) e lipoproteína de alta densidade (HDL), no adulto com idade igual ou superior a 20 anos, atualmente aceitos, são os recomendados pelas Sociedade Brasileira de Cardiologia (Departamento de Aterosclerose), de Patologia Clínica e de Análises Clínicas, e baseados no último Consenso do Programa

Nacional de Colesterol do Estados Unidos - 1993 (NCEP - National Cholesterol Education Program). Os valores para os triclicerídeos (TG) são os recomendados pela Sociedade Européia de Aterosclerose expostos no quadro 2 (Consenso, 1996).

Quadro 1: Valores de referência de CT, LDL, HDL e TG em adultos com idade igual ou superior a 20 anos.

Lípides	Valores (mg/dl)		
	Desejáveis	Limítrofes	Aumentados
CT	< 200	200-239	≥ 240
LDL	< 130	130-159	≥ 160
HDL	≥ 35	-	-
TG	< 200	-	≥ 200*

*Quando associados a valores de HDL diminuídos e/ou LDL aumentados.

Fonte: Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia (1996)

Conforme mostra o quadro 1, o risco de doença arterial coronariana (DAC) aumenta significativa e progressivamente acima dos valores desejáveis de CT e LDL. Para o HDL, a relação de risco é inversa: quanto mais elevado seu valor, menor o risco de DAC. HDL >60mg/dL seria um fator protetor de DAC. Portanto, as evidências atuais indicam que a hipertrigliceridemia (>200mg/dL) aumenta o risco de DAC, quando associados HDL-c diminuído e/ou LDL-c aumentado.

Os valores limítrofes devem ser objeto de atenção terapêutica apenas se, simultaneamente, estiverem presentes dois ou mais fatores de risco da aterosclerose. Nos indivíduos com perfil lipídico desejável e sem outros fatores de risco, as determinações laboratoriais devem ser repetidas a cada cinco anos, desde que as condições clínicas e hábitos de vida permaneçam estáveis. Este intervalo poderá ser reduzido a critério médico.

A presença de DAC ou de outras manifestações de doença arterial (cerebrovascular, carotídea e da aorta abdominal e/ou seus ramos terminais) torna obrigatória a determinação do perfil lipídico, independentemente de idade e sexo.

A análise de seis estudos controlados de intervenção dietética e/ou medicamentosa, em 12.457 homens hipercolesterolêmicos sem DAC, demonstrou que a redução média de 10% do CT, por quatro a cinco anos, determina frequência de eventos coronarianos 26% menor do que a observada em controles, indicando uma redução de 1% de CT em hipercolesterolêmicos e 2% de eventos de DAC. Em relação à prevenção secundária, estudos clínicos em pacientes com infarto do miocárdio progressivo, cujos valores do CT foram diminuídos por intervenção dietética e/ou medicamentosa, por mais de três anos, demonstraram redução significativa da mortalidade e de novos episódios da doença, quando comparados a grupos-controle (Consenso, 1996).

Vale relatar que os efeitos benéficos demonstrados nos estudos de prevenção primária e secundária começam a aparecer entre o primeiro e o segundo ano de seguimento e alcançam sua plenitude em torno do quinto ano. O tratamento efetivo e permanente das dislipidemias pode fazer que diminua a velocidade de progressão da placa aterosclerótica, promover sua estabilização e regressão, além de evitar o aparecimento de novas lesões em artérias nativas e enxertos de veia safena. Essas ocorrências levam a grandes benefícios clínicos, com redução da incidência de novos eventos cardiovasculares e aumento da sobrevida.

No tratamento do idoso, deve-se levar em consideração a idade biológica e cronológica, o perfil de longevidade familiar, a associação de outros fatores de risco comuns nessa faixa etária (hipertensão arterial e diabetes), a presença de doença arterial, o estado físico geral, as doenças crônicas associadas e as interações medicamentosas. Devemos lembrar, ainda, a importância do exercício físico aeróbio praticado regularmente, em particular caminhadas (30 min, 3 a 4 vezes por semana no mínimo), como medida associada para o controle dos fatores de risco, respeitadas as limitações próprias da idade, uma vez que qualquer redução do risco tem importante repercussão na sua morbidade e mortalidade.

A terapêutica das dislipidemias, de comprovada eficiência, tem por finalidade fundamental a prevenção primária e secundária da doença arterial coronariana, cerebrovascular e periférica. Deve ser indicada sistematicamente e mantida indefinidamente. A terapêutica deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreendem hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbio regular, combate ao tabagismo e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia. Excepcionalmente, outras medidas podem vir a ser adotadas, caso não ocorra sucesso no uso dessas drogas ou pela impossibilidade do paciente perseverar nos objetivos propostos.

- Redução da ingestão do sódio

É escassa a literatura que relata a dieta hipersódica como um fator de risco para as doenças coronarianas, mas está bem claro que tem grande influência na elevação da pressão arterial, podendo levar a possíveis complicações cardiovasculares (Consenso, 1998).

O sal, quando consumido de forma exagerada, é considerado um dos fatores que mais tem contribuído para o caráter endêmico da hipertensão arterial. Cinco gramas de cloreto de sódio são suficientes ao metabolismo humano/dia (Luna, 1989). A restrição de sódio pode funcionar por dois mecanismos: o primeiro é a redução do volume líquido intravascular, reduzindo assim o conteúdo e, conseqüentemente, o retorno venoso e o débito cardíaco; o segundo é a provável diminuição da taxa de sódio da parede vascular, reduzindo sua sensibilidade às catecolaminas, aos estímulos simpáticos e à angiotensina II, aumentando assim o continente e possibilitando a queda da pressão arterial.

- Abstinência da cafeína

A influência de cafeína nas alterações cardiovasculares ainda não está bem estabelecida. Entretanto, existem evidências da contribuição do café para o aumento da pressão arterial. Para Luna (1989), a cafeína associada a um dos inibidores da monoamino-oxidase - IMAO (drogas que inibem a enzima que inativa a noradrenalina e a adrenalina, deixando generosas quantidades dessas catecolaminas nas terminações nervosas, propiciando o aumento da pressão) poderá liberar catecolaminas, causando um episódio hipertensivo. Diante dessas considerações, é necessário incentivar o abandono da cafeína como uma prática de autocuidado, evitando, assim, elevação da pressão arterial.

- Controle dos níveis de estresse

De modo geral, as doenças coronarianas podem ser agravadas pelo estresse, sendo que a sociedade atual funciona como fonte para sua elevação, caso levemos em conta a falta de segurança, o desemprego, o trânsito nas grandes cidades e a ambição desenfreada. Podemos perceber, ainda, que as fontes de estresse podem estar contidas no ambiente familiar, no trabalho e no lugar onde as pessoas se encontram durante a maior parte do tempo. Sabe-se, também, que o estresse é um dos responsáveis pela não-adesão à terapêutica (Lipp e Novaes, 2000).

A personalidade se associa a um fator de risco, sendo que o indivíduo mais susceptível a desenvolver a doença coronariana caracteriza-se, entre outros aspectos, por ser apressado, estar sempre em alerta, não saber se descontraír e ser capaz de desenvolver hiperatividade de forma contínua.

Cabe aos profissionais de saúde promover terapias de relaxamento periódicas, com o intuito de incentivar a adoção de medidas anti-estressantes, reduzindo a possibilidade de eventos coronarianos e favorecendo uma melhoria na qualidade de vida.

- Controle da pressão arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica de natureza multifatorial, caracterizada por níveis de pressão arterial elevada, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos, tais como, hipertrofias cardíacas e vasculares (HAS, 1996; Consenso, 1998). Seus níveis variam entre as pessoas e oscilam durante o dia em decorrência de fatores como posição, tônus muscular, medo, atividade, temperatura e idade (Porto e Rassi, 1990). Os níveis da pressão arterial são classificados a seguir, segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998).

Quadro 2: Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (> 18 anos de idade)

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998.

Conforme o quadro 2, a comprovação do diagnóstico da hipertensão advém quando, em pelo menos duas oportunidades, a aferição da pressão arterial mostrar a pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg. Evidentemente, essas determinações são dispensáveis quando são muito elevados os níveis de pressão ou quando há fortes evidências de lesão nos órgãos-alvo. Porém, não há uma linha divisória rígida entre normotensão e hipertensão baseada apenas em aferições da pressão, sendo necessário levar em consideração as alterações em órgãos-alvo. No entanto, clinicamente, o diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido pelo encontro dos níveis da pressão arterial constantemente elevados, acima dos limites de normalidade, quando a pressão é aferida por meio de métodos e condições adequados (Consenso, 1998; Luna, 1989).

A hipertensão arterial é um dos fatores de risco que predispõe ao aparecimento da insuficiência coronariana, uma vez que acelera o processo de aterosclerose e aumenta a demanda de oxigênio para o miocárdio, constituindo um grave problema de saúde pública (Braile et al., 1999). Medidas de controle da pressão arterial têm importante papel na detecção precoce de doenças coronarianas, necessárias para minimizar a taxa de morbidade e mortalidade, retenção de custos com tratamentos farmacológicos crônicos e melhoria da qualidade de vida (Meltzer, 2000; Consenso, 1998; Nogueira, 1999).

Além disso, a hipertensão arterial constitui um desafio para a equipe de saúde em propor uma terapêutica eficaz a longo prazo, uma vez que requer a participação e a cooperação do portador, o qual convive com a cronicidade e muitas vezes tem dificuldade de alterar seu estilo de vida.

Portanto, em toda avaliação de saúde, por qualquer profissional, deve ser realizada a mensuração da pressão arterial, devendo ser aferida no mínimo duas vezes, com intervalo de 1 a 2 minutos entre elas; caso os valores obtidos apresentem diferenças superiores a 5 mmHg, devem ser realizadas novas aferições, até que seja obtida medida com diferença inferior a esse valor (Consenso, 1998).

- Controle do *diabetes mellitus*

O *diabetes mellitus* é uma doença crônica que afeta aproximadamente 12 milhões de pessoas, com somente sete milhões diagnosticados. O diabetes é a terceira causa principal de morte por doença, principalmente em razão da alta taxa de doença coronariana entre as pessoas com diabetes (Smeltzer e Bare, 1999).

É sabido que o *diabetes mellitus* representa um fator de risco para doença aterosclerótica e, conseqüentemente, para doenças coronarianas. O risco de desenvolvimento da aterosclerose em pessoas portadoras de diabetes chega a ser de duas a quatro vezes maior do que nos não diabéticos, independentemente de outros

fatores, sendo mais significativa no sexo feminino, pois acredita-se que as mulheres perdem sua proteção natural contra as doenças coronarianas, aproximando-se do índice observado no sexo masculino (Giannini, 1998; Consenso, 1996).

Os pacientes diabéticos que já desenvolveram doenças coronarianas merecem uma atenção redobrada, com um acompanhamento e tratamento rigoroso, além de monitoramento freqüente dos níveis de glicemia, visto que é a única forma de minimizar os riscos de novos episódios clínicos. Assim, é de fundamental importância que os pacientes realizem uma prática de autocuidado para o controle da diabetes, prevenindo ocorrências de doença arterial coronariana.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Embasamos nosso estudo na Teoria do Autocuidado e Déficit de Autocuidado, de Dorothea E. Orem (1995), considerando que o cuidado pessoal é indispensável ao indivíduo, a cada dia, para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar.

- Considerações gerais do Modelo de Orem (1995)

Orem ensina que as enfermeiras devem ser educadas e qualificadas suficientemente para saber quais eventos, condições e circunstâncias caracterizam as pessoas em condições de exercerem o autocuidado ou que necessitam de cuidados de enfermagem.

Um primeiro passo no processo de compreender a enfermagem pode ser a identificação das conotações da palavra *enfermagem*. Um segundo pode começar com a investigação sobre o próprio objeto de enfermagem, tendo como foco a *enfermagem em sociedade*.

Segundo Orem (1995, p.6), o termo *enfermagem*, dependendo do contexto, tem função gramatical de um substantivo, um adjetivo ou um verbo auxiliar, como *cuidar*. Usado como um substantivo e um adjetivo, enfermagem significa cuidado ou serviço que as enfermeiras provêm. Portanto, enfermagem, significa assistir, servir e cuidar de uma pessoa, uma criança ou uma pessoa doente ou inválida, incapaz de se cuidar, visando a ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, tornando-as "auto-suficientes".

Orem (1995) definiu enfermagem, em 1956, como a identificação mais precisa do que realmente pode ser chamado de enfermagem.

Enfermagem é uma arte pela qual a enfermeira fornece assistência especializada às pessoas com inabilidade, de igual modo que uma assistência comum é necessária para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, para que a pessoa participe

inteligentemente dos cuidados prestados. A arte da enfermagem é praticada: 'fazendo por' a pessoa com inabilidade, 'ajudando-a a fazer por si própria' e/ou 'ajudando-a a aprender como fazer por si própria'. A enfermagem também é praticada ajudando a pessoa da família do paciente ou mesmo o amigo do paciente a prender como 'fazer' pelo paciente. Deste modo, cuidar do paciente é uma arte prática e didática.

Os estudantes e teóricos em vários campos acham que para explicar descritivamente os campos especializados de conhecimentos ou prática é necessário identificar o próprio objeto de trabalho. Objeto é usado na Filosofia ou senso científico como algo que se estuda ou observa, no caso, visando a dirigir a ação de enfermagem para proporcionar uma melhoria de vida.

Para Orem, uma expressão do próprio objeto de enfermagem está na resposta à seguinte pergunta: Quais as condições de uma pessoa para ficar sob os cuidados de enfermagem? A resposta é expressada deste modo: a condição é a inabilidade de pessoas para prover continuamente seu cuidado.

A autora apresenta sua Teoria Geral de Enfermagem constituída por três outras teorias interrelacionadas, que são: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Esta interrelação pode ser observada na figura a seguir:

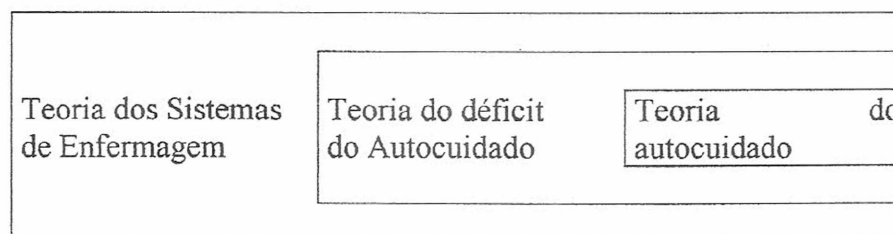


Figura 1.: Interrelação dos constructos teóricos da Teoria Geral de Enfermagem de Orem (Orem 1995, p.172)

- Teoria do autocuidado

Segundo a Teoria de Orem (1995), autocuidado é o cuidado pessoal que os indivíduos requerem cada dia para regular o próprio funcionamento e

desenvolvimento, isto é, um comportamento que existe em situações concretas da vida, conduzido pelas pessoas, para si próprias, em benefício da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado tem influência de fatores diversos, tais como envelhecimento, fase de desenvolvimento, estado de saúde, condições sociais e ambientais.

A teoria de autocuidado engloba o *autocuidado*, a *atividade de autocuidado*, sua *exigência terapêutica* e os *requisitos para o autocuidado* (Orem, 1995).

Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Atividade de autocuidado é a habilidade da pessoa para engajar-se em autocuidado, sendo condicionada pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis.

A *exigência terapêutica* de autocuidado é determinada pela totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante um espaço de tempo, para satisfazer os seus requisitos, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações.

Os *requisitos de autocuidado* compreendem as expressões de propósitos a serem alcançados por meio do engajamento deliberado do indivíduo no autocuidado e são as razões para as ações que constituem o autocuidado. São divididos em três categorias: 1- Universal - cuidados associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. São comuns aos seres humanos, durante todos os estádios do ciclo vital, estando presentes nas atividades do cotidiano; 2- "Desenvolvimental" - relacionado aos processos de desenvolvimento humano e eventos ocorridos durante os vários estádios do ciclo vital, que podem afetar o desenvolvimento. Este requisito é derivado de alguma condição ou associado a algum evento. 3- Desvio de saúde - exigido em caso de desvio na estrutura e funcionamento humano, tais como,

condições de doença, ferimento ou moléstia, ou como conseqüência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir a condição.

Na perspectiva dos cuidados preventivos de saúde, os requisitos de autocuidado universal e de desenvolvimento em indivíduos 'saudáveis' estão no nível de prevenção primária de doença, por exemplo: paciente com fatores predisponentes para desenvolver alterações cardiovasculares. Os requisitos por desvio de saúde ajudam no controle de patologias em estádios iniciais (prevenção secundária), como, por exemplo: paciente com angina estável, mas sem complicação decorrente da patologia e na prevenção de defeito e impotência (prevenção terciária) como, por exemplo, pacientes que já realizaram revascularização do miocárdio, mas que podem evitar episódios de infarto agudo do miocárdio.

É relevante destacar o fato de que Orem apresenta também os fatores condicionantes básicos para o autocuidado, que são os fatores internos ou externos ao indivíduo, e que afetam sua capacidade de engajar-se no autocuidado, ou seja, idade, gênero, estado de desenvolvimento, estado de saúde, fatores socioculturais, familiares e ambientais, aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, padrão de vida e a disponibilidade e adequação de recursos.

- Teoria de Déficit do Autocuidado

A idéia central da Teoria de Déficit de Autocuidado, segundo Orem, é que as pessoas necessitam da enfermagem quando suas limitações para ações derivadas de saúde ou de cuidados de saúde resultam em incapacidade completa ou parcial, impedido-as de exercerem o autocuidado contínuo e eficaz. Portanto, a enfermeira necessita de conhecimento, perspicácia e habilidade suficientes para saber que eventos, condições e circunstâncias caracterizam pessoas em situações de cuidados

pela promoção de ações educativas, proporcionando melhor desempenho do paciente no desenvolvimento das atividades do autocuidado.

Após essa explanação da Teoria do Autocuidado de Orem, convém destacar que pretendemos trabalhar, especificamente, com a teoria de autocuidado, levando em conta o fato de que nosso objetivo geral é estudar o autocuidado desenvolvido pelos pacientes submetidos a uma cirurgia de revascularização do miocárdio, há pelo menos um ano.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com análise predominantemente quantitativa. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo é exploratório, quando nos permite ampliar conhecimentos sobre a problemática identificada, partindo de uma hipótese de uma realidade específica. É descritivo, desde que tenha o intuito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. É quantitativo, ao envolver a coleta sistemática de informações quantificáveis, mediante condições de extremo controle, além da análise dessa informação com a utilização da Estatística.

A pesquisa se inicia com o que denominamos fase exploratória, quando dedicamos tempo a interrogações preliminares sobre o objeto do estudo, pressupostos, metodologia apropriada, questões operacionais relativa à coleta de dados, isto é, seu foco principal é a elaboração de um projeto de investigação. Em seguida, passa-se à coleta de dados e, por fim, é estabelecida a etapa de organização do material recolhido, subdividindo-a em: ordenação, classificação e análise propriamente dita (Minayo, 1997).

Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público, referência em cardiologia, situado na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará. Escolhemos o ambulatório deste hospital para o desenvolvimento do estudo 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 todo o Estado e mesmo de outros estados da região Nordeste e até da Norte.

As consultas médicas de acompanhamento aos pacientes que realizaram revascularização do miocárdio ocorrem semanalmente, nos dias de segunda-feira e quinta-feira, sendo as consultas aprazadas semestralmente ou conforme a

revascularização do miocárdio, orientações recebidas após a cirurgia sobre estilo de vida saudável, alterações nas atividades ocupacionais após a cirurgia e valores atuais da aferição da pressão arterial. Procurando validar o instrumento, este foi testado no mês de março de 2001, com três pacientes que tinham perfil similar à população do estudo, no referido ambulatório. A partir desse teste, o instrumento recebeu algumas modificações necessárias para atender aos objetivos do estudo.

Escolhemos como técnica para a coleta de dados a entrevista estruturada, por ser usada geralmente para trabalhos de natureza quantitativa, permitindo uma comparação imediata dos dados, quando se deseja adquirir resultados uniformes entre os entrevistados a partir de um roteiro com perguntas fechadas e diretas, a fim de evitar desvios das respostas dos entrevistados.

Análise dos dados

Os resultados são apresentados e analisados de forma descritiva e interpretativa, e tabulados por meio de gráficos, quadros e tabelas. Os dados foram compilados no programa Excel, em forma de planilha, e a análise estatística foi procedida no SPSS. Contamos com a participação de uma equipe de estatísticos para melhor tabulação dos dados (Campos, 1983; Morettin e Bussab, 1987; Paulino e Singer, 1997).

As variáveis observadas foram:

- Idade (anos) → para determinar a distribuição das freqüências da idade prosseguimos da seguinte forma:

$$\text{Calculamos o nº de classes por: } K = \sqrt{n} \rightarrow K = \sqrt{52} \rightarrow \boxed{K = 7}$$

Em seguida calculamos a amplitude de classes: $AC = (\text{Amplitude total})/K \rightarrow$
 $AC = (\text{Valor máx} - \text{Valor min.})/K \rightarrow AC = 84 - 46/7 \rightarrow \boxed{AC = 5,4}$

- Sexo (masculino e feminino)

- Atividades ocupacionais
- Estado Civil
- Nº de moradores no domicílio
- Presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares
- Comparecimento às consultas médicas
- Uso do medicamento
- Frequência do uso de medicamento
- Peso (kg)
- Altura (metro)
- $IMC \left(\frac{kg}{m^2} \right)$: Índice de Massa Corpórea.

O índice de massa corpórea foi estabelecido da seguinte forma:

$$IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$$

$$\begin{cases} IMC < 20 \rightarrow \textit{Magro} \\ 20 \leq IMC < 25 \rightarrow \textit{Normal} \\ 25 \leq IMC < 30 \rightarrow \textit{Obeso} \\ IMC \geq 30 \rightarrow \textit{Obesidade Morbida} \end{cases}$$

- Prática de exercício físico, período, tempo médio dos exercícios e alterações nas atividades ocupacionais
- Tabagismo
- Etilismo
- Tipo de alimentação
- Uso de sal
- Uso de café
- Temperamento
- Atividades de lazer
- Alteração na atividade sexual

- Presença de hipertensão e níveis da pressão arterial
- Presença de *diabetes mellitus*

O índice de autocuidado (IA) foi construído a partir das práticas de autocuidado, conforme descrito no quadro 3.

Quadro 3: Descrição dos procedimentos do autocuidado.

PRÁTICAS DE AUTOUIDADO	A (Correto)	B (Incorreto)
1- Realiza acompanhamento médico e de enfermagem	Sim – Pelo menos nas datas Marcadas	Somente quando não está bem
2- Utilização de medicamentos	Usa regularmente, conforme a prescrição médica	Não usa ou usa raramente, quando se lembra ou só quando está se sentindo mal.
3-IMC	IMC<25	IMC≥25
4- Realização de atividade física	Realiza no mínimo três vezes por semana	Realiza menos de três vezes por semana
5- Tabagismo	Nunca fumou ou parou completamente	Fuma regular ou raramente
6- Etilismo	Nunca bebeu ou parou completamente	Bebe regular ou socialmente
7- Alimentação adequada	Somente frutas, verduras, carne branca sem óleo e gordura.	Comida gordurosa, carne vermelha e enlatados
8- Sal na alimentação	Sem sal ou reduziu a quantidade	Permanece o mesmo
9- Ingestão de café	Reduziu, parou ou nunca tomou	Permanece a mesma quantidade
10- Temperamento	Tranquilo e calmo	Nervoso e agitado
11- Controle da pressão arterial	PAS<140mmHg e PAD<90mmHg	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD≥90 mmHg
12- Diabetes	Não	Sim

Este quadro foi criado com base nos fatores de risco para o desencadeamento de complicações cardiovasculares, sendo considerado que cada prática de autocuidado possui o mesmo grau de risco independentemente.

A prática de autocuidado relativa ao temperamento, foi baseado nos depoimentos dos entrevistados, considerando o comportamento predominante no cotidiano.

O Índice de autocuidado é dado por

$$IA_j = \frac{\sum_{i=1}^{12} P_{ij}}{12} \times 100\% \text{ , em que}$$

$$P_{ij} = \begin{cases} 1, & \text{se o } j\text{-ésimo indivíduo pratica o } i\text{-ésimo autocuidado} \\ 0, & \text{caso contrário} \end{cases} \text{ , } \forall j = 1, \dots, 52$$

O Grau de autocuidado foi definido a partir da categorização dos valores do IA_j , conforme mostrado no quadro abaixo.

Quadro 4: Descrição dos graus de autocuidado

Percentual	Grau de autocuidado
De 0% a 20%	Péssimo
Acima de 20% até 40%	Ruim
Acima de 40% até 60%	Regular
Acima de 60% até 80%	Bom
Acima de 80%	Ótimo

Aspectos Éticos

Ao trabalharmos com seres humanos, torna-se necessário atender aos aspectos éticos específicos presentes na Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde (Severino, 2000).

Inicialmente, solicitamos autorização da diretoria do Hospital para a realização do estudo com os pacientes do ambulatório de cardiologia.

Posteriormente, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, recebendo parecer favorável para seu desenvolvimento.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos e assinaram o Termo de Consentimento, concordando em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido o seu anonimato.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 Caracterizando os entrevistados

Inicialmente, faremos uma abordagem do perfil dos entrevistados, retratando suas principais características sociodemográficas, associando-as com a prática do autocuidado.

Tabela 1: Distribuição de frequência das variáveis Idade e Sexo. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Faixa etária	Feminino		Masculino		TOTAL	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%
46 - 51	06	25,00	05	17,85	11	21,15
51 - 56	02	8,33	03	10,71	05	9,61
56 - 61	02	8,33	-	-	02	3,85
61 - 66	02	8,33	01	3,57	03	5,76
66 - 71	08	33,35	06	21,42	14	26,92
71 - 76	02	8,33	04	14,30	06	11,55
76 - 81	-	-	05	17,85	05	9,61
81 - 86	02	8,33	04	14,30	06	11,55
TOTAL	24	100,00	28	100,00	52	100,00

Na tabela 1, observamos a relação entre a idade e o sexo do paciente, sendo que 12 mulheres realizaram revascularização do miocárdio com idade até 65 anos e outras 12 com idade superior a 65 anos. Quanto aos homens, houve um aumento de nove para 19 homens após os 65 anos.

Analisando a ocorrência da revascularização no grupo de mulheres, os achados parecem contraditórios em relação aos apresentados em diversos estudos que indicam um aumento do risco de alterações cardiovasculares após a menopausa (Meltzer, 2000). Esse aumento de risco é analisado, também, em um estudo desenvolvido por Moraes et al. (1989) com 250 clientes submetidos à revascularização do miocárdio, sendo 174 do sexo masculino e 76 do sexo feminino. Estes clientes foram divididos em dois grupos de acordo com a faixa etária, ficando um com as pessoas com idade inferior a 65 anos e o outro com idade

igual ou superior. Em relação aos homens, havia 71,2% no primeiro grupo, reduzindo para 64,4% no segundo, enquanto o sexo feminino era constituído por 28,8% no primeiro (menos de 65 anos) aumentando para 35,6%, no grupo com 65 anos e mais.

Já estudos mais recentes, como o desenvolvido por Moraes et al. (1996), que trabalharam com 124 clientes com idade igual ou superior a 65 anos, submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, sendo 61% do sexo masculino e 39% feminino. Estes dados coincidem com os do presente estudo, uma vez que, dentre as 31 pessoas revascularizadas com idade acima de 65 anos, houve uma predominância de 19 (61%) homens contra 12 (39%) mulheres.

A ocorrência mais precoce de doenças cardíacas nas mulheres pode estar sendo influenciada pelas alterações no estilo de vida, por exemplo, a competitividade na atividade ocupacional, tabagismo e uso de contraceptivos orais, que favorecem o surgimento de complicações cardiovasculares cada vez mais precoce nas mulheres.

As alterações no comportamento feminino devem ser observadas pelas enfermeiras, com o intuito de intervir na minimização dessas práticas, orientando sobre as possíveis complicações e incentivando a prática do autocuidado para evitar e reduzir as complicações cardiovasculares.

Devemos ressaltar, ao enfocarmos o aspecto idade, que os idosos apresentam limitações impostas pelas condições físicas, sendo fatores que influenciam negativamente no autocuidado. Por isso necessitamos a inserção da família como suporte para o autocuidado do cliente idoso com revascularização do miocárdio.

Tabela 2: Resultado do teste de independência entre as variáveis Sexo e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Grau	Sexo	Feminino		Masculino	
		Fa	%	Fa	%
Regular		2	8,33	7	25,00
Bom		9	37,50	8	28,57
Ótimo		13	54,17	13	46,43
Total		24	100,00	28	100,00

RVM = 2,693 P = 0,260

Quando estabelecida a comparação da prática do autocuidado com o sexo, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), constatando-se que o grau de autocuidado independe da variável sexo. No entanto, no grau de autocuidado *ótimo*, houve uma predominância de 54,17% das mulheres contra 46,43% dos homens. Já no grau *regular*, os homens predominaram com 25% contra 8,33% das mulheres. Podemos observar que as mulheres, portanto, praticam mais o cuidado do que os homens, mesmo que no estudo a diferença não tenha significado estatístico.

Tabela 3: Resultado do teste de independência entre as variáveis Idade e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Grau	Faixa etária	< 65 anos		≥ 65 anos	
		Fa	%	Fa	%
Regular		5	25,00	4	12,50
Bom		7	35,00	10	31,25
Ótimo		8	40,00	18	56,25
Total		20	100,00	32	100,00

RVM = 1,800 P = 0,425

Observamos na tabela 3, que não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Entretanto, percebemos que dentre as pessoas entrevistadas com idade inferior a 65 anos, cinco (25%) se encontram no grau *regular* de autocuidado e oito (40%) no grau *ótimo*. Enquanto, isso, na faixa etária a partir de 65 anos, somente quatro (12,5%) estão no grau *regular* e 18 (56,25%) no grau

ótimo, mostrando que o avanço da idade favoreceu a prática do autocuidado, talvez pelo fato de as pessoas se encontrarem centralizando mais um fator agravante para desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Tabela 4: Distribuição de frequência da variável Ocupação. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Ocupação	Fa	(%)
Aposentado (a)	37	71,15
Prendas do Lar	3	5,77
Aposentado (a) e outros	4	7,70
Exerce alguma atividade	8	15,38
Total	52	100,00

Em relação à ocupação, uma grande parte dos clientes avaliados (71,15%) é de aposentados que não exercem nenhuma atividade ocupacional remunerada. Estes dados eram esperados, uma vez que a maioria (65%) das pessoas deste grupo pertence à terceira idade, isto é, estão na faixa etária igual ou acima de 65 anos, e possuem o direito à aposentadoria. Vale ressaltar que alguns clientes foram aposentados em decorrência da própria cirurgia.

Segundo Dantas, Aguillar e Barbeira (2001), vem sendo constatado que os homens, com profissões mais intelectuais e *status* mais elevado, retornam ao trabalho com maior frequência do que os trabalhadores braçais e as clientes do sexo feminino. Os clientes com maior apoio social e da família, também, retornam mais rapidamente do que os de menor apoio. Além disso, as obrigações de cunho familiar e a necessidade financeira exigem o retorno ao trabalho mais rapidamente.

Tabela 5: Resultado do teste de independência entre as variáveis Ocupação e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Grau	Ocupação	Aposentado		Alguma ocupação	
		Fa	%	Fa	%
Regular		9	25,71	0	0,00
Bom		7	20,00	10	58,82
Ótimo		19	54,29	7	41,18
Total		35	100,00	17	100,00

RVM = 12,401

P = 0,002

Ao correlacionarmos a ocupação com o grau de autocuidado, houve diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$), constatando-se que o grau de autocuidado depende da variável ocupação. Estes dados mostram que as pessoas aposentadas dedicam-se mais ao ato de autocuidado, talvez por disporem de mais tempo e de melhores condições para a prática de um estilo de vida saudável.

A enfermeira deve considerar as habilidades de cada um, incentivando a prática de atividades ocupacionais relaxantes, que ocupem o tempo com tarefas agradáveis, mostrando ao indivíduo revascularizado a sua importância para a família e a comunidade.

Tabela 6: Distribuição de freqüência da variável Estado civil. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Estado civil	Fa	(%)
Solteiro	02	3,85
Casado	33	63,46
Viúvo	13	25,00
Divorciado	04	7,69
Total	52	100,00

Constatamos na tabela 6, que 33 (63,46%) dos clientes são casados, 13 (25%) são viúvos, enquanto somente dois (3,85%) são solteiros. Vale ressaltar que todos os entrevistados moram acompanhados, com familiares, que são filhos (as), genros, noras, netos, dentre outros, sendo um fator relevante para facilitar a prática do autocuidado, conforme estudos anteriores (Lima, Lopes e Araujo, 2001).

Tabela 7: Resultado do teste de independência entre as variáveis Estado civil e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Grau	Estado Civil	Solteiro		Casado		Viuvo		Divorciado	
		Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
Regular		1	50	6	18,18	2	15,38	-	-
Bom		1	50	10	30,30	5	38,46	1	25,00
Ótimo		-	-	17	51,52	6	46,16	3	75,00
Total		2	100,00	33	100,00	13	100,00	4	100,00

RVM = 3,960

P = 0,682

Ao verificarmos a tabela 7, vemos que não há diferença estatística significativa ($p > 0,05$). Todavia, percebemos que houve uma predominância de 17 (51,52%) clientes casados que se encontram no grau *ótimo* de autocuidado, e seis (18,18%) no grau *regular*. Salientamos que os casados, viúvos e divorciados predominaram no grau *ótimo*, enquanto os solteiros ficaram divididos: 50% no grau *regular* e 50% no *bom*.

Tabela 8: Distribuição de frequência da variável Presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Presença de antecedentes familiares	Fa	(%)
Sim	35	67,30
Não	15	28,85
Não sabe	2	3,85
Total	52	100,00

Verificamos que 35 (67,30) pessoas possuem antecedentes familiares até o segundo grau com alterações cardiovasculares. Estes dados são condizentes com a literatura, que considera comum a existência de portadores de doenças coronarianas com antecedentes familiares, até o 2º grau, da mesma patologia ou casos de morte na família por infarto (Meltzer, 2000).

Os estudos têm demonstrado que as doenças cardiovasculares são de ordem familiar, sendo que mutações genéticas interagindo com fatores ambientais ou

psicossociais podem dar origem a uma desorganização no controle da pressão arterial, favorecendo o aparecimento de doenças coronarianas (Luna, 1989). Essa interação é naturalmente complexa e a contribuição dos genes é qualitativa e quantitativamente variável. Ao longo do tempo, a hipertensão primária e as doenças coronarianas afetam vários membros de uma mesma família.

Diante desta realidade, cabe aos profissionais de saúde desenvolverem programas educativos que envolvam os familiares dos clientes revascularizados, já com o intuito de minimizar os fatores de riscos para cardiopatias, incentivando a família a aderir ao tratamento juntamente com o cliente, favorecendo a prática do autocuidado e melhorando a qualidade de vida de todos os membros da família.

Tabela 9: Resultado do teste de independência entre as variáveis Antecedentes familiares e Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Grau	Antecedentes Familiares	Sim		Não		Não sabe	
		Fa	%	Fa	%	Fa	%
Regular		4	11,42	3	20,00	2	100,00
Bom		12	34,29	5	33,33	-	-
Ótimo		19	54,29	7	46,67	-	-
Total		35	100,00	15	100,00	2	100,00

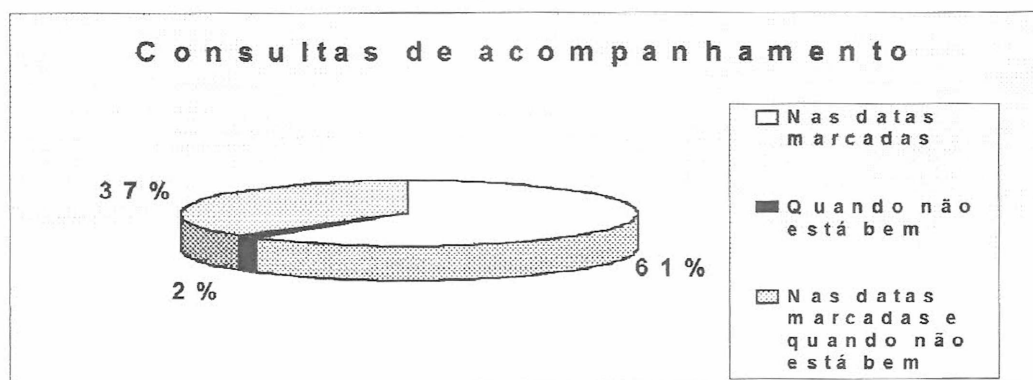
RVM = 10,340 P = 0,036

Percebemos que houve uma diferença significativa estatisticamente ($P < 0,05$) em relação à presença de antecedentes familiares com alterações cardiovasculares e o grau de autocuidado. Verificamos que no grau *bom* e *ótimo*, há um predomínio de pessoas que possuem antecedentes familiares e no regular predomina quem não tem antecedentes familiares com alterações cardiovasculares. Constatamos que, neste estudo, as pessoas que possuem história familiar de cardiopatias praticam mais o autocuidado do que aqueles que não possuem.

6.2 Discutindo sobre a prática do autocuidado

Para a análise da prática de autocuidado, foram considerados os seguintes indicadores: comparecimento às consultas médicas e de enfermagem, utilização adequada de medicamentos, índice de massa corpórea, realização de atividade física, tabagismo, etilismo, alimentação adequada, sal na alimentação, ingestão de café, temperamento, controle da pressão arterial e controle dos níveis de glicemia.

Gráfico 1: Distribuição da variável Regularidade no comparecimento às consultas médicas. Fortaleza-CE, mai-ago/2001.



Dentre os 52 entrevistados, 32 (61,54) comparecem às consultas médicas regularmente, conforme o apazamento, e um cliente só comparece quando está com algum sintoma característico de problemas cardíacos. Destacaremos a seguir as principais falas referentes às dificuldades enfrentadas por estes clientes para comparecer às consultas:

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 ... aí fico dependendo dos outros e dando trabalho, mas é preciso...

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

Não tenho dificuldade, venho com filho de ônibus, tenho medo de vir só por causa que posso passar mal, mas é só impressão minha... sei que estou bem e não iria sentir nada...

Diante das dificuldades citadas, torna-se necessário lembrar que a enfermeira deve enfatizar a avaliação clínica, psicológica e social do cliente após a revascularização do miocárdio, envolvendo na avaliação os seus parentes mais próximos, uma vez que estes influenciam diretamente no tratamento, nos comportamentos de autocuidado e na mudança do estilo de vida. Essa avaliação deve contemplar os fatores que interferem na adesão à terapêutica, 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 a adesão às orientações.

A enfermeira necessita buscar maneiras individualizadas de atuar junto ao cliente, estabelecendo uma relação de ajuda, com o intuito de facilitar a adaptação, promover o equilíbrio e a reeducação do indivíduo-família-comunidade, de forma satisfatória e contínua. Além, de estabelecer com ele uma relação de ajuda, incentivando a prática do autocuidado, com o intuito de minimizar as complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, os internamentos hospitalares.

Quadro 5: Distribuição de freqüência da variável Uso de medicamento e freqüência deste uso. Fortaleza-CE, maio-ago/2001.

Uso de medicamento		
	Fa	%
Sim	51	98,08
Não	1	1,92
Total	52	100,00
Freqüência do uso de medicamento		
	Fa	%
Diariamente	46	88,46
Quando não está bem	5	9,62
Não usa	1	1,92
Total	52	100,00

Quanto à prática do uso adequado de medicamento, constatamos que 51 (98,08%) pessoas usam medicamento. Destes, 46 (88,49%) consomem diariamente

e cinco (9,62) consomem somente quando não está se sentindo bem. Estes últimos tentam justificar o déficit de autocuidado da seguinte forma: *Não tomo os remédios, porque minha pressão está normal.*

E uma cliente revascularizada relatou que não usa os medicamentos prescritos pelo seguinte motivo:

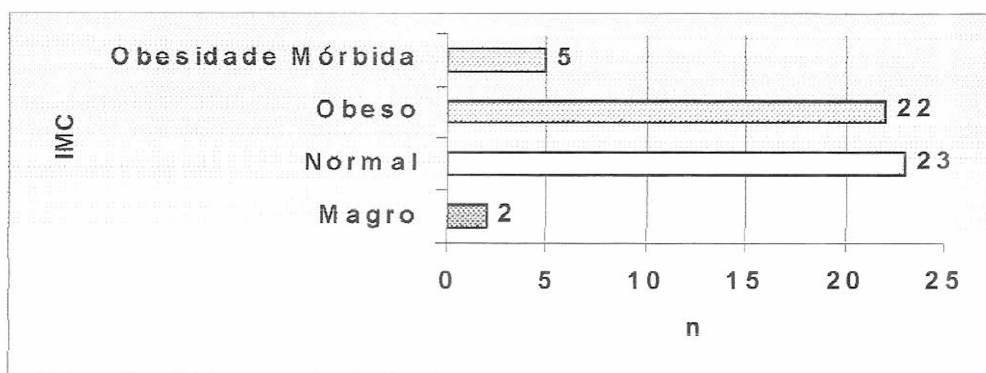
Só tomo os remédios quando não estou bem... não estudei para doutora, mas eu sou sincera... se o doutor passar 500mg só tomo 250mg, porque se caso eu realmente venha a precisar não vai mais me servir. Porque o organismo não vai mais querer aceitar. Hoje eu procuro vários médicos em vários lugares, porque eles ficam brincando com os remédios... um passa uma coisa o outro médico tira e passa outra... aí eles acabam passando que não sabem muito. Afinal Jesus é o médico dos médicos. Quando Deus não quer não tem quem queira...

As pessoas costumam tomar a medicação somente quando estão sentindo alguma alteração fisiológica, sendo isso um déficit no autocuidado que pode ocasionar inúmeras complicações ou lesões em órgãos-alvo. Este comportamento é acentuado quando o indivíduo faz uso de grande número de medicamentos, muitas vezes sem conhecer as suas indicações e os seus efeitos esperados. É, entretanto, essencial que os profissionais de saúde, atuantes nos serviços de acompanhamento de clientes com hipertensão, orientem e incentivem os clientes quanto ao seguimento contínuo do tratamento medicamentoso ou não, salientando quais as possíveis complicações que poderão surgir com o déficit do autocuidado relacionado ao uso inadequado de drogas anti-hipertensivas.

Vale ressaltar que os principais motivos apresentados para o déficit deste autocuidado foram a ausência de medicamento do hospital e as condições financeiras precárias, como observamos 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.*

Observa-se que, como a hipertensão é uma doença pouco sintomática, considerada até mesmo como *silenciosa*, acontece uma falta de estímulo pela não-obtenção de resultados concretos da eficácia do tratamento, muitas vezes desestimulando a sua continuidade. Por isso, deve-se estimular o autocuidado, conscientizando o cliente quanto à eficiência do procedimento, ressaltando as complicações decorrentes da manutenção de níveis elevados da pressão arterial.

Gráfico 2: Distribuição de frequência do Índice de Massa Corpórea (IMC). Fortaleza-CE, maio-ago/2001.



Como vimos no gráfico, 22 (42,31%) pessoas encontram-se obesas ($25 \leq \text{IMC} < 30$) e cinco (9,62%) com obesidade mórbida ($\text{IMC} \geq 30$). Este fator é muito agravante para o desencadeamento de complicações cardiovasculares.

A redução do peso pode ser obtida pela diminuição da ingestão calórica, principalmente os glicídios e lipídios, considerando que o indivíduo consumirá uma quantidade de alimento insuficiente para o seu gasto metabólico habitual, tendo que recorrer às próprias reservas orgânicas. Só reduzir o peso não basta, o ideal seria mantê-lo em níveis adequados por longo prazo, sendo necessária a prática do autocuidado com adequação dietética individualizada, considerando a motivação dos clientes e os aspectos socioeconômicos e culturais.

Em toda oportunidade, o profissional de saúde deve incentivar atividades de autocuidado que regulem o próprio funcionamento e desenvolvimento do idoso, com o intuito de corrigir o peso corporal, mostrando as vantagens advindas, tais

como: redução da pressão arterial, melhor aparência física, menor taxa de colesterol, triglicerídios, ácido úrico e glicose. Porém, há que se considerar as resistências em mudar os hábitos alimentares, pois envolvem costumes de todo um processo de vida. Daí, surge a necessidade dos profissionais de saúde atuarem junto a clientes com doenças cardiovasculares, efetivando as orientações referentes às alterações no estilo de vida, de modo a elevar a adesão ao tratamento medicamentoso ou não e incentivar o autocuidado desses clientes.

QUADRO 6: Caracterização dos entrevistados quanto as variáveis Prática de exercício físico, Período, Tempo médio dos exercícios e Alterações nas atividades ocupacionais. Fortaleza-CE, maio-Ago/2001.

Prática de exercício físico		
	Fa	%
Mínimo 3 vezes por semana	37	71,15
1 a 2 vezes por semana	2	3,85
Não pratica	13	25,00
Total	52	100,00
Tempo médio de exercício físico		
	Fa	%
Pelo menos 30 minutos	31	59,62
Menos de 30 minutos	8	15,38
Não pratica	13	25,00
Total	52	100,00
Período de início do exercício físico		
	Fa	%
Antes da cirurgia	9	17,31
Após a cirurgia	30	57,69
Não pratica exercício	13	25,00
Total	52	100,00
Alteração na atividade ocupacional		
	Fa	%
Modificou	5	9,62
Reduziu	4	7,69
Parou	16	30,77
Não alterou	17	32,69
Modificou e reduziu	10	19,23
Total	52	100,00

De acordo com o quadro 6, verificamos que 37 (71,15%) pessoas realizam exercícios físicos pelo menos três vezes por semana, frequência mínima mensal

satisfatória para melhoria do funcionamento cardíaco (Lessa, 1998), enquanto que 13 (25%) são considerados sedentários, porque não se engajaram em atividades que possam contribuir para a manutenção da saúde. Vale ressaltar que todas essas pessoas adotam como prática esportiva a caminhada, uma vez que é econômica, fácil de ser realizada e acessível a todos. Em relação ao tempo médio de exercício, verificamos, que dentre as 39 pessoas que realizam caminhada, 31 (59,62%) o fazem 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 (Bernardes, 1997). Dessa forma, além dos indivíduos sedentários, ainda há no grupo estudado pessoas que realizam regularmente exercícios, mas não com frequência eficaz.

A atividade física possui uma relação ambígua: muitas vítimas engajaram-se em atividades físicas pouco antes da morte, e, por outro, o sedentarismo parece favorecer o desenvolvimento da doença coronariana. Talvez níveis inadequados de exercícios sejam responsáveis pelo desencadeamento de fenômenos agudos, enquanto a atividade física bem dosada e prolongada exerce efeito protetor (Luz, Solimene, 1994).

Dentre as pessoas que realizam exercício, 30 (57,69%) 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 importância da relação entre vida sedentária e doença coronária é destacada por diferentes estudiosos (Luna, 1989; Fardy, Yanowitz e Wilson, 1998), que também consideram o sedentarismo um fator contribuinte em outros malefícios ao organismo, como obesidade e elevação do colesterol no sangue. A atividade

vem como agente benéfico para a redução do peso e estabelecimento de uma melhor qualidade de vida.

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 (Ribeiro, 1996).

Percebemos por meio dos seguintes depoimentos, as dificuldades dos clientes realizarem essa prática de autocuidado:

...não posso caminhar sozinha, pois fico tonta, e sinto dores nas pernas, mas mesmo assim, caminho uns 20 minutos na calçada da minha casa... se cair estou por perto e todos me conhecem.

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, e se pudesse passava o dia andando, hoje eu adoro caminhar.

... é difícil caminhar porque canso, e as vezes tem uma pessoa que vai caminhar comigo, mas é difícil, aí só caminho de vez em quando

Comecei a andar pertinho de casa e agora vou é longe... dou maior valor andar a pé.

Percebemos 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 clientes.

Em relação às atividades ocupacionais, 17 (32,69) pessoas permaneceram realizando as mesmas atividades que exerciam anteriormente e 35 (67,31) pessoas

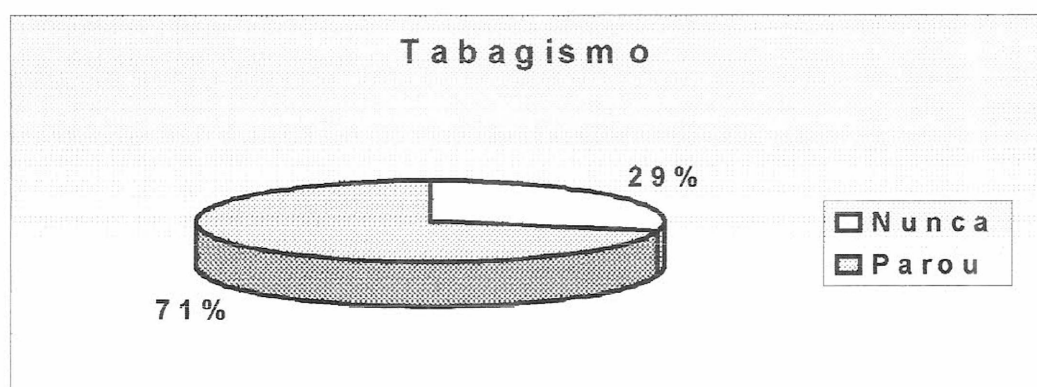
modificaram de alguma forma suas atividades do dia-a-dia. Podemos perceber estas alterações nos seguintes depoimentos:

Antes eu era muito ativa, agora, não faço mais nada, não tenho mais força, nem coragem e tenho medo de voltar tudo de novo.

Era pedreiro... sinto muito falta de trabalhar, porque eu trabalhava muito e gostava, agora não posso fazer nada... uma vez fui fazer extravagância e me dei mal, fui parar na emergência do hospital ... estava com tontura, suor, frio e dor no peito...

Essas falas nos mostram que as mudanças nas atividades habituais não foram bem aceitas pelos entrevistados, que se acharam obrigados a parar suas tarefas pelo medo de sofrer tudo novamente. Diante desta situação, torna-se necessário que as enfermeiras incentivem a restrição de esforço físico, mas enfatizem outras atividades de interesse do cliente e que possam ser consideradas prazerosas.

Gráfico 3: Distribuição de frequência da variável Hábito de fumar. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.



Analisando as características dos entrevistados, gráfico 3, verificamos que, quanto ao uso do cigarro, 15 (28,85%) pessoas nunca fumaram, 37 (71,15%) já foram tabagistas, mesmo que, no momento, nenhum permaneça fumando. Constatamos, então, que 100% dos clientes entrevistados seguem esta prática do

autocuidado. Entretanto, devemos refletir que alguns necessitaram sofrer complicações cardiovasculares para se conscientizar sobre o risco do tabagismo. É portanto de suma importância incentivar o combate ao fumo, cabendo à enfermeira orientar os clientes portadores de outros fatores de risco para o surgimento de alterações cardiovasculares, sobre a importância da sua abstinência.

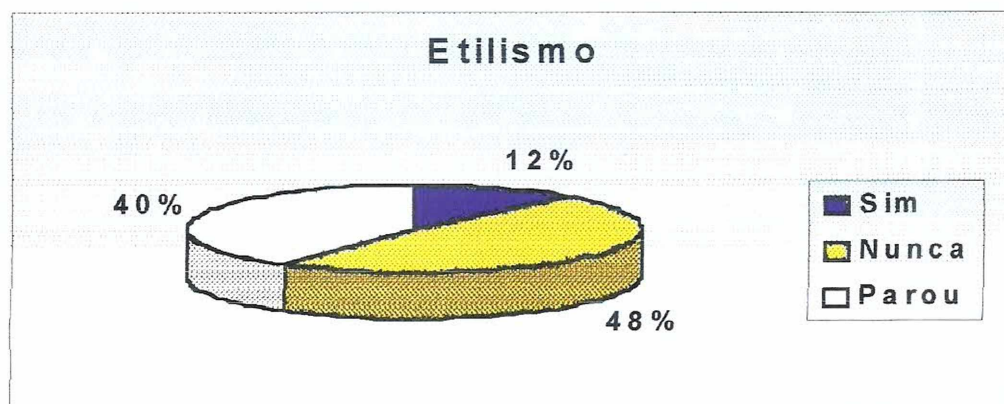
Combater o tabagismo é seguramente um dos grandes desafios dos profissionais de saúde, sobretudo pela resistência e porque o sucesso nem sempre é de caráter permanente, ocorrendo recidivas em mais de 60% dos casos de tentativa. Entretanto, é imprescindível a necessidade de combater o tabagismo em portadores 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 (Giannini, 1998).

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 peso e o desejo incontrolável de fumar, levando muitas pessoas a não obterem êxito na sua decisão de abandonar o hábito.

Percebemos 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 fumam, então, aprendi com vocês que mesmo só o contato com a fumaça do cigarro, já está fazendo mal... sou uma fumante passiva.* É sabido que a exposição de pessoas não-fumantes à fumaça ambiental do cigarro, mesmo que por um curto espaço de tempo, favorece o aparecimento de células endoteliais anucleadas no sangue circulante, indicando lesão da camada endotelial, traduzindo uma condição básica para a aterosclerose (Giannini, 1998).

O conselho dos profissionais de saúde consegue taxas de abandono de 5 a 17% em 12 meses em indivíduos sem doença coronária (Jardim et al., 1999). Então, cabe aos profissionais de saúde, junto às instituições, promover campanhas antitabagistas, além de abster-se do fumo, para servir de exemplo ao próprio cliente. A melhor abordagem para incentivar a abstenção é enfatizando 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. Essas campanhas devem ser educativas, evitando depoimentos como: *O médico mandou parar o cigarro, mas não disse o porquê... mesmo assim deixei, pois se não confiar nele, em quem confiar?*

Gráfico 4: Distribuição de freqüência da variável Hábito de ingerir bebida alcoólica. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.



Quanto ao consumo de álcool, 21 (40,38%) dos entrevistados revelaram abandono da ingestão de bebidas alcoólicas, mostrando uma alteração no estilo de vida favorável para o autocuidado. A maioria das pessoas (48,08%) referiu nunca haver ingerido bebida alcóolica. 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 (11,54%) pessoas permanecem bebendo, revelando, portanto, um número considerável de etilistas.

Podemos perceber nas falas a seguir a abstinência do álcool relatada pelos clientes revascularizados:

Parei de beber porque a bebida não dava certo... gastava todo dinheiro de casa com a bebida... foi o jeito parar;

Parei de beber há mais ou menos 5 anos. Comecei reduzindo a quantidade de bebida até parar de vez...;

Bebo desde jovem, mas é aguardente de cana pura... bebo pouco umas duas ou três vezes por mês... só bebo quando quero...;

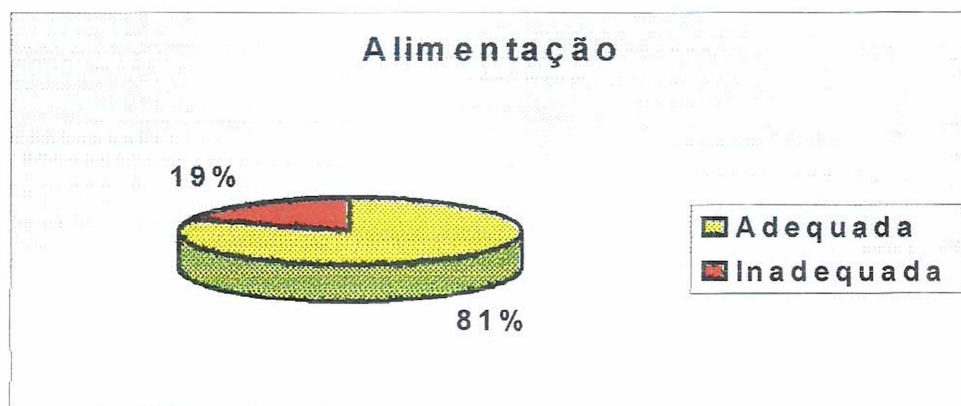
Parei de beber e fumar há 51 anos, porque fui casar e minha mulher era crente, e para não contrariá-la eu parei.

Observamos 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 sabemos, 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 colesterol-HDL e desencadeia a precipitação da miocardiopatia alcóolica (Kuller, 1997), mesmo que, para alguns autores, seja polêmica a constatação de diminuição do risco para doenças coronarianas nas situações de consumo moderado (Colombo, 1995; Kuller, 1997).

Portanto, torna-se necessário que as enfermeiras atuem com ações educativas, incentivando os clientes portadores de alterações cardiovasculares a abandonarem esse vício, e, se necessário, encaminhá-los aos serviços especializados no aconselhamento de alcoólatras.

Gráfico 5: Distribuição de freqüência da variável alimentação. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.



Pelo gráfico 5, de acordo com o tipo de alimentação, observamos que há uma predominância de 42 (80,77%) pessoas que consomem uma alimentação saudável para clientes portadores de cardiopatias, ou seja, relataram uma dieta à base de frutas, verduras e carne branca, e dez (19,23%) relataram uma alimentação rica em carnes vermelhas e gorduras animais.

Sabe-se que o consumo freqüente de carnes vermelhas, de alimentos ricos em gorduras saturadas, contribuem para a hipercolesterolemia, que é considerado um dos maiores fatores de risco cardiovascular (CBHA, 1998). Ribeiro (1996) acentua também que o tipo da dieta constitui aspecto de influência nos padrões de saúde e doença dos indivíduos.

Podemos 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...;

Meu problema é que como fora de casa e nunca a comida é saudável;

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

Percebemos, então, que a condição financeira é um dos fatores que dificultam o seguimento desta prática, sendo fundamental para manter os níveis normais da pressão arterial e evitar complicações cardiovasculares.

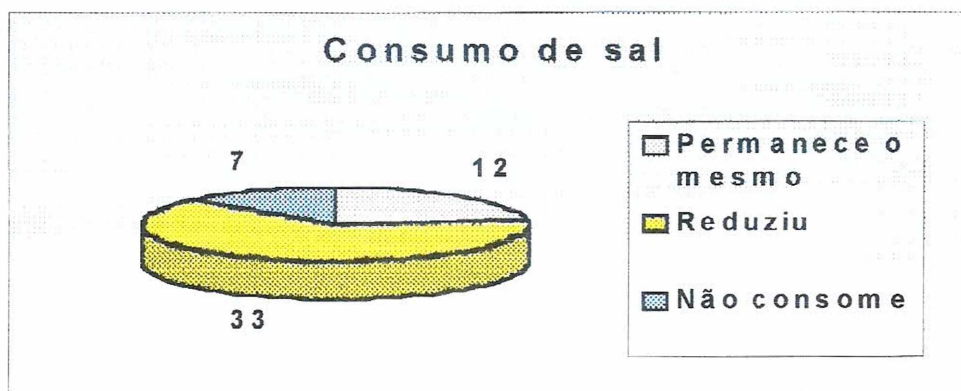
Enquanto, isso, outras pessoas não relataram dificuldades em alterar a alimentação:

Não tive dificuldades, pois já tenho diabetes há 30 anos, já estou acostumada a comer comida sem gordura e evitar carne vermelha. Às vezes, como carne vermelha e acho estranho, prefiro carne branca... é bom para saúde.

Antes comia mão de vaca, rabada, panelada... gosto muito desse tipo de comida, mas agora só como comida fraca, sem gordura, sem óleo... acho que é por isso que me sinto às vezes tão fraca...

Recomenda-se portanto evitar a ingestão de alimentos que elevem a colesterolemia, dentre estes as carnes vermelhas, e consumir preferencialmente verduras, legumes, cereais e carnes brancas sem pele.

Gráfico 6: Distribuição de frequência da variável Consumo de sal. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.



Ao observarmos o gráfico, detectamos que 33 (63,46) pessoas reduziram o consumo de sal, e 12 (23,08%) 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... além disso lá em casa todo mundo come igual.

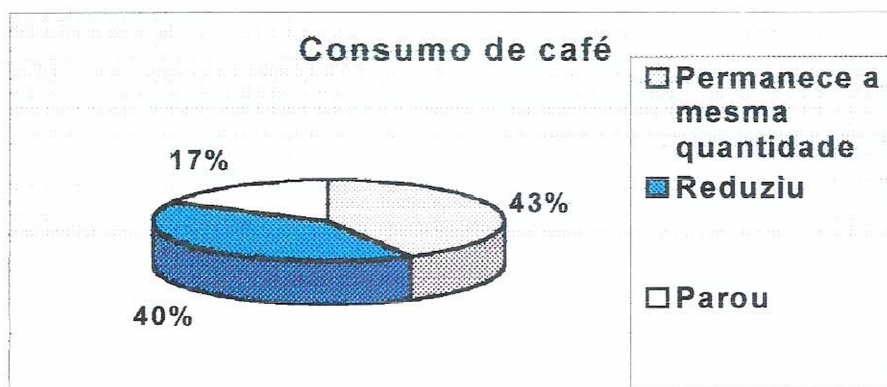
Como com pouco sal... ensosso demais mata todo mundo...

A redução do sal e lipídios são alterações fundamentais na terapêutica da hipertensão arterial, sendo que os entrevistados têm consciência desta prática do

autocuidado, mas sentem dificuldade de aderir. Este fator é agravante, pois a literatura é unânime em considerar que o sódio é um grande cofator para elevação da pressão arterial, sendo que a quantidade diária de sal recomendado ao cliente com hipertensão não deve ultrapassar a 5 g (2g de sódio). Alguns estudos têm demonstrado que a restrição salina, além de reduzir a pressão, ocasiona também a redução da mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) e a regressão da hipertrofia ventricular esquerda, podendo ainda reduzir a excreção urinária de cálcio, prevenindo osteoporose em idosos (CBHA, 1998; Luna, 1989).

A enfermeira 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.

Gráfico 7: Distribuição de freqüência da variável Consumo de café. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.



Quanto ao consumo de cafeína, verificamos que 21 (40,38) pessoas reduziram a ingestão de café, nove (17,31%) pararam e 22 (42,31%) 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.

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.

Podemos 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. Este resultado desperta para a influência da cafeína no sistema nervoso central, no qual inibe a monoamino-oxidase, causando episódios hipertensivos. O aumento da pressão arterial poderá ser potencializado, dependendo da freqüência e quantidade consumida (Luna, 1989). O custo financeiro também é um fator contribuinte, uma vez que o café é considerado acessível a todos. Este 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.

QUADRO 7: Caracterização dos clientes revascularizados, segundo as variáveis Temperamento, Atividades de lazer e Atividade sexual. Fortaleza- CE, Maio-Ago/2001.

Temperamento		
	Fa	(%)
Calmo/Tranquilo	40	76,92
Agitado/Nervoso	12	23,08
Total	52	100,00
Atividade de Lazer		
	Fa	(%)
Sim	14	26,92
Não	38	73,08
Total	52	100,00
Atividade Sexual		
	Fa	(%)
Alterou	10	19,23
Não alterou	16	30,77
Não realiza	26	50,00
Total	52	100,00

De acordo com o quadro 7, percebemos que existem 40 (76,92%) pessoas que consideram seu temperamento predominantemente tranquilo e 12 (23,08%) se enquadram nas características de pessoas agitadas e nervosas. Entretanto,

observamos que há momentos significativos de estresse, como nos mostram as falas a seguir:

É difícil ter raiva, só tenho preocupação com meu filho que mora comigo... ele sai muito e volta de madrugada... as vezes só consigo dormir quando ele chega.

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

Antes eu era calmo e tranqüilo, e depois da cirurgia fiquei agitado, nervoso... todos perceberam que mudei.

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...

Esses depoimentos nos 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 clientes requerem apoio também na esfera psicológica e social, para lidar com situações estressantes e conviver com a doença crônica.

Devemos, também, considerar que essas pessoas já vivenciaram uma situação de risco e são potencialmente nervosas, pelo medo de sofrer tudo novamente. O temperamento reflete como as pessoas reagem às situações problemáticas em geral, já que consideramos como nosso temperamento o que somos na maioria do tempo, inclusive na resolução de problemas.

Segundo Lipp e Novaes (2000), em sua pesquisa, tornou-se claro que nem todos os estados de estresse eram nocivos. Acredita-se 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 (distresse), levavam a graves estados de doença.

Em relação às atividades de lazer, verificamos que apenas 14 (26,92%) pessoas relataram dedicar espaço de seu tempo para o lazer, enquanto 38 (73,08%) não têm nenhum lazer. Este fator é favorável para o surgimento do estresse, que 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.

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

Tenho lazer porque pra mim lazer é andar no polo, é estar aqui numa reunião, é ir a missa ... é estar num lugar agradável, que me sinto bem...

Meu lazer é jogar dama, assistir TV, ir à missa, vou a praia de vez toda semana...

Sou evangélico e vou à igreja toda quarta e domingo... me sinto feliz assim.

A enfermeira pode proporcionar alegria aos clientes, 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. O importante é ajudar a pessoa a se expressar, relatando o que está sentindo e pensando a respeito de suas alegrias e angústias, incentivando um relacionamento pessoal e dinâmico entre a pessoa e Deus, uma vez que este é relatado como essencial para se obter momentos de alegria.

Constatamos que atividades recreativas são meios para proporcionar momentos de alegria, independentemente da intensidade das atividades, às vezes, até mesmo uma simples conversa com pessoas amigas e/ou dispostas a escutar já fornece uma sensação de alívio e bem-estar ao ser humano.

Notamos que algumas pessoas relatam ausência de lazer:

No momento não tenho lazer, mas gosto... ainda vou ter de novo.

Minha diversão é chateação... por causa daquele alcoólatra lá de casa ... depois da cirurgia só carrego cruz pesada... meu marido não me respeita...

Diante dessas colocações, vemos a necessidade de contarmos com a participação da família, como incentivo e apoio para a prática do autocuidado. Ressaltamos, pois, a importância da atuação da enfermagem com atividades recreativas e educativas, para promoção do bem-estar e da saúde, com o intuito de proporcionar momentos mais alegres.

Em relação à atividade sexual, 10 (19,23%) pessoas relataram mudanças negativas nessa atividade, 16 (30,77%) negaram qualquer mudança e 26 (50%) não mantêm relacionamento sexual, pelo fato de não possuir um(a) companheiro(a) ou pela debilidade ocasionada pela idade, como percebemos 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.

Após a cirurgia desprezo meu marido... não quero mais fazer nada com ele... só gosto da companhia...

Não quis mais fazer esforço e resolvi parar... também já estou velho

Meu marido... não quer mais conversa comigo... ele vive atrás de outras...

Percebe-se que uma ampla proporção de clientes 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 (Dantas, Aguillar e Barbeira, 2001).

Percebemos, também, em alguns momentos o constrangimento de falar sobre o assunto:

Faz 40 anos que sou viúva, não faço mais isso não

Fiquei mais esquecido de fazer isso...

Não mudou nada, o remédio enfraquece a 'coisa', mas está bem...

Diante desta realidade, a enfermeira deve orientar sobre esta prática, informando que a cirurgia de revascularização do miocárdio não deve interferir nas atividades sexuais, colocando-se disponível para fornecer apoio e orientações necessárias.

QUADRO 8: Distribuição de frequência da variável Presença de hipertensão e Níveis da Pressão Arterial. Fortaleza- CE, maio-Ago/2001.

Hipertensão Arterial		
	Fa	(%)
Sim	32	61,54
Não	20	38,46
Total	52	100,00
Níveis da Pressão Arterial		
	Fa	(%)
PA < 140 x 90 mmHg	24	46,15
PA ≥ 140 x 90 mmHg	15	28,85
PAS ≥ 140 mmHg	13	25,00
PAD ≥ 90 mmHg	0	0,00
Total	52	100,00

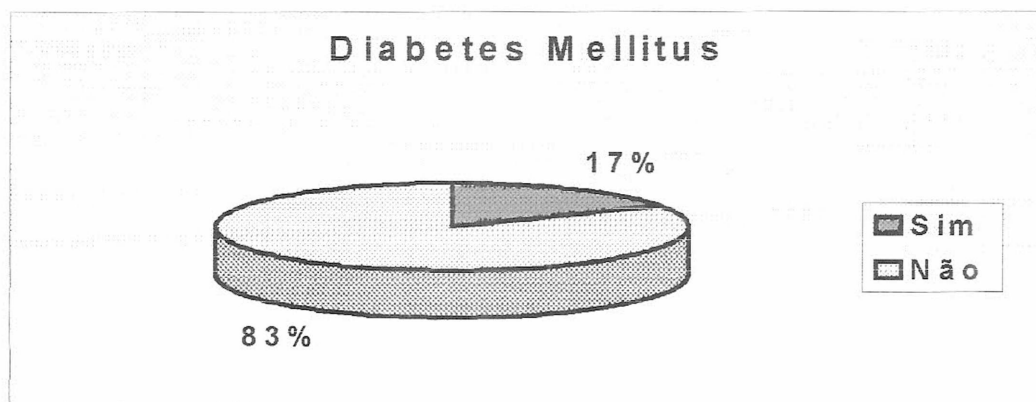
Detectamos o fato de que, dentre os clientes entrevistados, 32 (61,54%) possuem o diagnóstico de hipertensão arterial (HA), confirmando a literatura, que considera a doença um fator favorável para a aceleração do processo de aterosclerose e de várias outras alterações cardiovasculares (CBHA, 1998).

Em relação aos níveis de pressão arterial (PA), observamos que 15 (28,85%) pessoas estão com a PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg, níveis caracterizados

como hipertensão leve pelo Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998); 13 (25%) pessoas apresentaram elevação isolada dos valores sistólicos; e 24 (46,15%) estão com a PA inferior a 140 x 90 mmHg. Percebemos que há um déficit de autocuidado em relação ao controle da pressão arterial, sendo o fato influenciado pelo déficit do autocuidado relacionado ao controle dos fatores de riscos ambientais, e de estilo de vida favoráveis a um aumento da pressão arterial.

Um dos principais fatores citados pelos clientes 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.

Gráfico 8: Distribuição de frequência da variável Presença de diabetes. Fortaleza-CE, maio-Ago/2001.

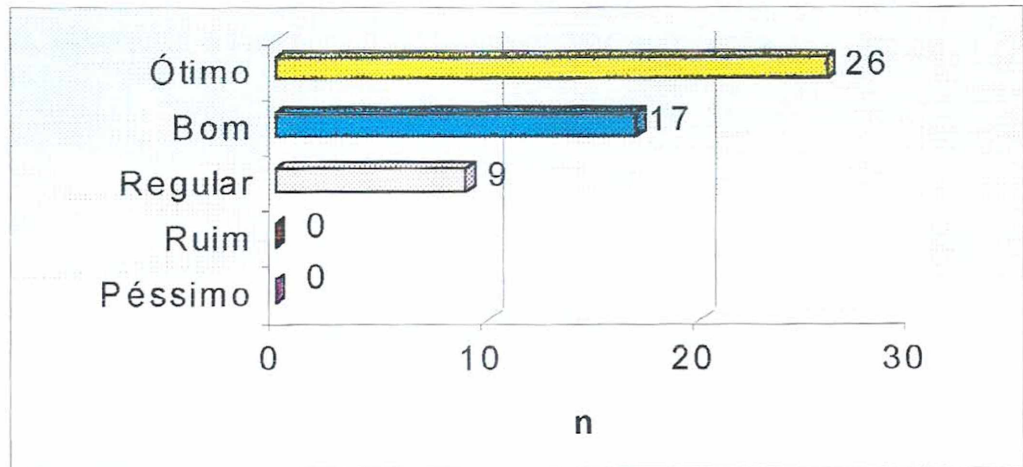


Apesar da grande relação entre *diabetes mellitus* e alterações cardiovasculares, isso não se observou no grupo estudado, pois apenas 17,30% das pessoas avaliadas informaram apresentar o diagnóstico. Entretanto, sabe-se que o risco de morte por doença cardíaca coronariana é de duas a quatro vezes maior na população diabética quando comparada à população não diabética (Zanella, 1999).

Ao avaliar o autocuidado relacionado ao controle da taxa de glicemia, deve-se destacar a participação da família no autocuidado dos clientes, uma vez que ela é

o núcleo viabilizador do preparo de uma dieta diferenciada, podendo favorecer ou dificultar a adesão para uma dieta especial.

Gráfico 9: Distribuição dos indivíduos segundo o Grau de autocuidado. Fortaleza-CE, maio-Ago/2001.



O grau de autocuidado foi obtido considerando os índices alcançados nos diversos indicadores avaliados. Os graus estabelecidos e descritos anteriormente são: ótimo, bom, regular, ruim e péssimo.

Ao analisarmos a tabela, detectamos que a maior parte das pessoas entrevistadas (50%) se enquadram no grau *ótimo*, mostrando que são conscientes sobre a necessidade de aderir à prática do autocuidado relacionada ao tratamento medicamentoso ou não e à manutenção de um estilo de vida saudável para a pessoa que já foi submetida a uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Convém destacar que, provavelmente, esse estado ótimo de autocuidado decorre de um acompanhamento contínuo e rigoroso, de uma equipe multidisciplinar, com orientações sobre o estilo de vida e incentivo constante na adesão ao tratamento, uma vez que foram entrevista pessoas submetidas à revascularização do miocárdio que participam de um programa institucional de avaliação e controle.

Entretanto, nos preocupamos com os nove (17,31%) entrevistados que ainda se encontram no grau regular de autocuidado, sendo um dado bastante preocupante,

haja vista o elevado risco destas pessoas desenvolverem novamente doenças obstrutivas coronarianas. As enfermeiras devem realizar um acompanhamento mais próximo destas pessoas, orientando sobre a importância da adesão ao exercício do autocuidado, inserindo a família como fonte de apoio na realização de tais práticas.

7 CONCLUSÕES

Quando falamos em alterações cardiovasculares é de fundamental importância abordarmos a prática do autocuidado do paciente portador dessa doença, visto que o cuidado pessoal é indispensável para melhoria da qualidade de vida e redução dos riscos de complicações.

Neste estudo, observando o perfil dos clientes após a revascularização do miocárdio e comparando com o grau de autocuidado, constatamos:

- Sexo: 24 mulheres e 28 homens. Não houve diferença estatisticamente significativa, comprovando que o grau de autocuidado independe da variável sexo. Entretanto, observamos que as mulheres, praticam mais o autocuidado do que os homens. Diante desta realidade, cabe a enfermeira intervir junto aos homens, que além de ser mais propício a desenvolver doenças cardiovasculares, ainda possuem uma prática de autocuidado inadequada para manutenção da saúde e do bem-estar.
- Idade: 31 pessoas na faixa etária acima de 65 anos, sendo 12 mulheres e 19 homens. Não houve diferença estatisticamente significativa, constatando que o grau de autocuidado também independe da variável idade. Todavia, o avanço da idade favoreceu a prática do autocuidado, talvez pelo fato do medo de sofrer novamente outro evento coronariano. A enfermeira deve conscientizar os grupos de pessoas mais jovens sobre a necessidade das mudanças no estilo de vida.
- Ocupação: 37 pessoas são aposentadas. Houve diferença estatisticamente significativa, mostrando que o grau de autocuidado depende da variável ocupação. Este resultado pode ser decorrente de uma maior disponibilidade das pessoas aposentadas em manter um estilo de vida saudável.
- Estado Civil: 33 clientes são casados e somente dois são solteiros. Também não houve uma diferença estatística significativa, sendo que casados praticam mais o autocuidado. As pessoas casadas costumam referir uma preocupação maior com

os filhos e o marido, e por isso praticam o autocuidado pelo medo de morrer e deixar seus familiares abandonados.

- Antecedentes Familiares: 35 pessoas possuem antecedentes familiares com alterações cardiovasculares, havendo diferença significativa estatisticamente. Neste estudo as pessoas que possuem história familiar de cardiopatias praticam mais o autocuidado. Portanto, é fundamental que a enfermeira trabalhe com o cliente inserido no contexto familiar, uma vez que a família é um ponto de apoio para a realização da prática do autocuidado, e sempre que possível deve-se incentivar os familiares a aderirem às mudanças no estilo de vida juntamente com o cliente.

A seguir, verificamos o perfil de autocuidado e as alterações no estilo de vida que estão sendo mantidas pelos clientes que realizaram revascularização do miocárdio, juntamente com as principais dificuldades citadas pelos clientes:

- Comparecimento às consultas médicas e de enfermagem: 51 pessoas comparecem regularmente às consultas. Esta variável teve interferência do fato de o estudo ter sido realizado no ambulatório de cardiologia nos dias de consulta. As principais dificuldades citadas foram: fator financeiro, distância e dependência física.
- Utilização adequada de medicamentos: 51 pessoas usam medicamento e destas 46 consomem diariamente e cinco consomem somente quando não estão se sentindo bem. Principais dificuldades: baixa renda para comprar o medicamento, esquecimento e falta de estímulo para tomar remédio sem apresentar sintomas.
- Índice de massa corpórea: 27 pessoas obesas. Dificuldades: cansaço para caminhar e alimentação inadequada. Este déficit de autocuidado favorece significativamente para o desencadeamento de um novo evento coronariano, por isso devemos orientar estes clientes sobre a necessidade da redução da massa

corporal, por meio de exercício físicos e uma reeducação alimentar, inserindo os familiares como suporte de apoio para a adesão dessa prática.

- Realização de atividade física: 37 pessoas realizam exercícios físicos pelo menos três vezes por semana. Dificuldades: cansaço físico, tonturas e falta de companhia para caminhar.
- Tabagismo: nenhuma pessoa permanece fumando. Dificuldades: algumas pessoas relataram que familiares mantêm o hábito de fumar. Nós, enfermeiras, devemos realizar palestras educativas para os familiares sobre os riscos do tabagismo e a necessidade de abandonar este vício.
- Etilismo: 46 pessoas não bebem, mas seis permanecem ingerindo bebida alcoólica. Dificuldade: a própria dependência química e os familiares e amigos continuam bebendo.
- Alimentação adequada: 42 pessoas relataram consumir uma alimentação saudável, à base de frutas e verduras. Dificuldades: alimentação igual para todos os familiares e condições financeiras.
- Sal na alimentação: 33 pessoas reduziram o consumo de sal. Dificuldade: alimentação igual para todos os familiares e sabor desagradável ao paladar.
- Ingestão de café: 21 pessoas reduziram a ingestão de café e nove pararam completamente. Dificuldade: dependência física.
- Temperamento: 40 pessoas consideram seu temperamento predominantemente tranquilo: Dificuldade: falta de compreensão dos familiares, principalmente os filhos.
- Controle da pressão arterial: 32 pessoas possuem o diagnóstico de hipertensão arterial, sendo que 15 estão com a PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg. Dificuldades: situação socioeconômica, que não permite a aquisição dos medicamentos necessários e alimentação adequada.

- Controle dos níveis de glicemia: nove informaram possuir o diagnóstico de diabetes, sendo todos com níveis controlados. Dificuldades: alteração da dieta.

O grau de autocuidado foi obtido considerando os índices alcançados nos indicadores citados. Constatamos que 50% dos entrevistados se enquadram no grau *ótimo*, e ainda nove no grau *regular*.

Diante desta realidade, no decorrer das consultas ambulatoriais, o cliente 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.

Vale ressaltar as dificuldades para atingir os comportamentos de autocuidado satisfatórios para evitar o surgimento de mais doenças coronarianas. Mas, os fatores de risco podem ser minimizados com o trabalho multiprofissional, avaliando periodicamente o cliente, atento para os comportamentos manifestados e usando diversas estratégias, tais como: criação de associações, grupos de auto-ajuda, relato de experiências entre os próprios clientes revascularizados.

Sugerimos, com este estudo, a realização de outras pesquisas sobre a temática, com o intuito de buscar estratégias para minimizar os fatores de risco para doenças coronarianas, e favorecer a melhoria da qualidade de vida dos clientes que já foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ENFERMAGEM – Rio de Janeiro: EPUB, 2000.

ANDRADE, P.J.N. de. **Cardiologia para o generalista: uma abordagem fisiopatológica**. 2 ed. Rev. e Amp. Fortaleza: EUFC, 2000.

BERNARDES, O. A inimiga silenciosa. **Rev. Saúde é vital**. 1997, 168: 26-27.

BRASIL, Ministério da saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil**. Sistema Único de Saúde. Brasília-SUS, 1993, 36p.

BRAILE, D.M. et al. Cirurgia de revascularização em coronariopatas hipertensos. **Hiperativo**, v.6, n.1, Jan/Mar de 1999.

CAMPOS, H. **Estatística Experimental Não-paramétrica**. 4ª edição, Piracicaba, 1983.

CERVATO, A.M. et al. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.3, p.227-235, 1997.

COLOMBO, R.C.R. **Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto do miocárdio**. Ribeirão Preto, 1995. p.164. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

CONSENSO Brasileiro de **Hipertensão Arterial** III – serviço de educação médica continuada. Hoeschst Marion Rousset. Campos do Jordão, SP - 12 a 15 de fevereiro. 38p. 1998.

Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias: detecção, avaliação e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.** v.67, n.2, 1996.

DANTAS, R.A.S.; AGUILLAR, O.M.; BARBEIRA, C.B.S. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2001 julho; 9(4):26-31.

FARDY, P. S, YANOWITE, F. G., WILSON, P. R. **Reabilitação Cardiovascular:** aptidão física do adulto e teste de esforço. Rio de Janeiro: REVINTER, 1998, 374p.

GIANNINI, S.D. **Aterosclerose e dislipidemias.** São Paulo, BG Cultural, 1998.

GUYTON, A.C. e HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 9ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciclo de Atualização Científica,** São Paulo: Boehringer De Angeli, série 3, n. 1, 1996.

ISSA, J.S.; FRANCISCO, Y.A. Obesidade e doenças cardíacas: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Rev. Soc. Cardiol.** Estado São Paulo, v.6, n.5, p.558-563, 1996.

JARDIM, C.V. et al. Prevenção secundária da doença coronária em pacientes hipertensos. **Hiperativo**, v.6, n.1, Jan/Mar de 1999.

JULIAN, D.G. e COWAN, J.C. **Cardiologia**. São Paulo: Santos, 2000.

KULLER, L.H. Álcool e doença cardiovascular. In: **Compêndio de cardiologia preventiva**. American Heart Association. 1997, Editora Publicações Científicas, v.3, p.227-233, 1997.

LESSA, I. **O Adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônico não transmissíveis**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1998.

LIMA, F. E. T.; ARAÚJO, T. L. de.; MOREIRA, T.M.M. Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial. **Nursing. Rev. Técnica de Enf.**, ano 3, n 24, p 18-23, maio. 2000a.

LIMA, F.E.T.; ARAUJO, T.L e MOREIRA, T.M.M. Aferição da Pressão Arterial: conhecimento teórico e prático de auxiliares e técnicos de enfermagem. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.1, n.2, p.100-106, jul./dez. 2000b.

LIMA, F.E.T.; ALVES, E.C. da S.; ARAUJO, D.M.; MOREIRA, T.M.M. e ARAUJO, T.L. A Elevação da Pressão Arterial em uma Comunidade Carente. **Pesqui. Méd.** Fortaleza, v.2, n.3/4, p.90-97, jul./dez.1999.

LIMA, F.E.T.; LOPES, M.V. de O.; ARAUJO, T.L. A família como suporte para o idoso no controle da pressão arterial. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.3, n.1, p.63-69, jan./jun. 2001.

LIPP, M.N.; NOVAES, L.E. O stress. 4 ed. São Paulo: **Contexto**, 2000. – (Conhecer e Enfrentar).

LOPES, M.V. de O. **Adaptação Física e Diagnósticos de Enfermagem em Mulheres com Angina Pectoris**. Fortaleza, 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 1998.

LUEPKER, V.R. **Epidemiologias das enfermidades ateroscleróticas em grupos populacionais**. American Heart Association, Ed. Publicações Científicas, 1997, p.3-10.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989.

LUZ, P.L.; SOLIMENE, M.C. Morte súbita. Mecanismos e prevenção. **Arq Bras Cardiol**, v.63, n.1, 1994.

MARTINEZ, T. L. da R. et al. **Obesidade e coração**. Rev. Soci. Cardiol. São Paulo. V.6, n.4, p.447-451, jul/ago. 1996

MELTZER, L.E. **Enfermagem na unidade coronária: bases, treinamento, prática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. 7ª edição, Petrópolis: Vozes, 1997.

MION Jr., D. Pressão alta, orientação para vencer esse problema. **Rev. Tec Art**. 1994, p.10.

MORAES, J.B.M. et al. Cirurgia de revascularização do miocárdio em paciente idoso. **Revista Goiana de Medicina**, v.41, n.1, p.25-30, jan./dez. de 1996.

MORAES, C. R. et al. Influência da idade na morbidade e mortalidade da cirurgia arterial coronária. **Arq. Bras. Cardiol.** v.53, n.3, p.161-163, setembro 1989.

MORETTIN, P.A. e BUSSAB, W.O. **Estatística Básica. Métodos Quantitativos.** 4ª edição São Paulo: Ed. Abril, 1987.

NOGUEIRA, E.A. Cardiologia invasiva e hipertensão arterial. **Hiperativo**, v.6, n.1, Janeiro/Março de 1999.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice.** 4.ed. ST.Louis: Mosby, 1995. 478 p.

PAULINO, C.D.M. e SINGER, J.M. **Análise de Dados Categorizados.** Edição preliminar. Lisboa e São Paulo, 1997.

PIRES, M.T.B.; RÊGO, A.T. do. Urgências Cirúrgicas na doença Coronariana. In: PIRES, M.T.B. **Manual de urgências em cardiologia.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. cap. 9, p. 165-175.

POLIT, D.F. e HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, C. C., RASSI, S. Sistema cardiovascular. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica.** RJ: Guanabara Koogan, 1990. 1144p. parte 6, seção 1, p.293-382.

RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial** - Clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1996. 230p.

SANTOS, A.N.C.; SILVA, S.L. Infarto Agudo do Miocárdio. In: PIRES, M.T.B. **Manual de urgências em cardiologia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. cap. 7, p. 127-151.

SANTOS, F. L. de M. M.dos. **Vivenciando o infarto e redimensionando a vida**. Fortaleza, 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 1998.

SEVERINO, A.J. Metodologia do Trabalho Científico. 21 ed. Rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000.

SMELTZER, S.C. e BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 8ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, 4v., v.2, unidade 7, p. 551-572

STUCHI, R.A.G. **Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco**. Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1999.

ZANELLA, M.T. Diabete melito como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Cardio Sintética**, São Paulo, n.3, p.9-11, 1999.

ANEXOS

ANEXO B

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) Dados de Identificação:

Nome:

Endereço:

Data do Nascimento (Idade): _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Ocupação:

Estado Civil: () Solteiro () Casado () viúvo () Separado () Outros

Com quem mora:

Familiares com alterações cardiovasculares: () Sim () Não Quem:

2) Dados relacionados à doença e à cirurgia de revascularização do miocárdio:

- Presença de doença associadas:

Diabetes: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

Hipertensão: () Sim () Não Há quanto tempo: _____

Outras: _____

- Controla estas doenças: () Sim Como: _____
() Não

- Diagnóstico médico que levou à RM:

() Infarto Quantos: _____ Horário do(s) infarto(s): _____

() Angina Frequência: _____ Horário mais comum: _____

() Arteriosclerose () Outros: _____

- Data da cirurgia:

- Período de internamento:

- Teve complicações decorrentes da cirurgia: () Sim Qual(is): _____
() Não

3) Dados relacionados às atividades de autocuidado após a cirurgia:

3.1. Acompanhamento médico:

Frequência: () Semanal () quinzenal () mensal () trimestral

() semestral () anual () outros _____

() nas datas marcadas () somente quando não está bem () Outros _____

Facilidade ou dificuldade para cumprir:

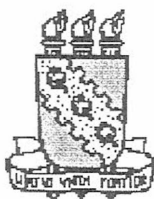
3.2. Acompanhamento de enfermagem: () Sim () Não Porque: _____

Frequência: () Semanal () quinzenal () mensal () trimestral

() semestral () anual () outros _____

() nas datas marcadas () somente quando não está bem () Outros _____

Facilidade ou dificuldade para cumprir:



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 90/2001

Fortaleza, 25 de maio de 2001

Protocolo nº 50/01

Pesquisador responsável: Francisca Elizângela Teixeira Lima

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem - UFC

Título do Projeto: "A prática do autocuidado pós-revascularização do miocárdio"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de maio de 2001.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC