

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

**RENATA PEIJO MACHADO
ELYN NOEMIA DA SILVA**

**CONSTRANGIMENTOS RELATADOS POR
PACIENTES IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA
CARDIACA**

**Bauru
2009**

**RENATA PEIJO MACHADO
ELYN NOEMIA DA SILVA**

**CONSTRANGIMENTOS RELATADOS POR
PACIENTES IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA
CARDIACA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, sob orientação da Prof^a. Ms. Márcia Regina Alves Rocha.

**Bauru
2009**

M1491c

Machado, Renata Peijo

Constrangimentos relatados por pacientes idosos submetidos á cirurgia cardíaca / Renata Peijo Machado, Elyn Noemia da Silva – 2009.
29 f.

Orientadora: Profa. Ms. Márcia Regina Alves Rocha.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Idosos. 2. Constrangimento. 3. Cirurgia cardíaca. I. Silva, Elyn Noemia da. II. Rocha, Márcia Regina Alves. III. Título.

À nossas mães por nos encorajar a procurar interesses intelectuais e pelos princípios inabaláveis que lhes nortearam a vida. E ainda por seu constante apoio, paciência, compreensão e pelo devotado amor.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com seis idosos de ambos os sexos internados em uma unidade cirúrgica cardíaca hospitalar do Sistema Único de Saúde. Tem-se como objetivo identificar os constrangimentos revelados pelos pacientes idosos durante o período de internação quando submetidos à cirurgia cardíaca. O estudo foi realizado no período de novembro e dezembro de 2009. Obtiveram-se informações por meio de entrevista não estruturada com questão única, e foram processadas por meio da análise dos discursos. Como resultados apontados pelos informantes, estes em sua maioria afirmaram não terem sofrido nenhum tipo de constrangimento durante o período de internação.

Palavras-chave: Idosos. Constrangimento. Cirurgia cardíaca.

ABSTRACT

This is a qualitative study with six patients of both sexes admitted to an emergency cardiac surgery hospital of the National Health System has been to identify the constraints revealed by elderly patients during the hospitalization period when subjected to surgery. The study was conducted between November and December 2009. Information was collected through unstructured interviews with a single question, and were processed through the analysis of discourses. The results pointed out by informants, they mostly said they did not suffer any kind of embarrassment during the period of hospitalization.

Keywords: Elderly. Embarrassment. Surgery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	GERAL.....	9
2.2	ESPECÍFICOS	9
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1	CIRURGIA CARDÍACA.....	12
3.1.1	Evolução histórica.....	12
3.1.2	Mitos	13
3.1.3	Assistência de enfermagem	15
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	29

1 INTRODUÇÃO

Com o avanço da idade média da população, um número cada vez maior de idosos adentra nossa sociedade, alterando o perfil sócio-demográfico e as perspectivas sociais.

O crescente aumento da população idosa em nosso meio tem sido constatado por estudos demográficos, os quais demonstram que no ano de 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar no mundo, com aproximadamente 34 milhões de idosos. A maioria dos idosos vive na comunidade (95%), 75% em suas casas próprias, e em 1991, 31% viviam sozinhas (mulheres) (DIOGO, 2000).

Estima-se que em 2020 a população idosa brasileira alcance o índice de 30 milhões de pessoas, o que certamente acarretará aumento das doenças crônico-degenerativas, comuns na terceira idade, desencadeará uma maior demanda econômica por parte dos planos previdenciários e de assistência à saúde (SANTOS JR, 2003).

O índice de pessoas com problemas cardíacos que é a primeira causa de morte tem crescido devido a mudanças no estilo de vida e alimentação. Por consequência, o número de cirurgias cardíacas também tem crescido acometendo uma faixa etária acima de sessenta anos.

O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de reabilitação do idoso atuando tanto no período pré-operatório quanto no trans e pós-operatório através de orientações, realização de procedimentos necessários para o ato cirúrgico o que leva a exposição de partes do corpo do paciente o que para muitos é motivo de muito estresse.

Segundo Chini e Boemer (2007), os pacientes internados ficam fragilizados e submissos á vontade do profissional de saúde, principalmente no que se refere ao médico, detentor do conhecimento científico.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), apesar das profundas perdas cognitivas, ocorrerão momentos em que o paciente estará ciente de que suas capacidades estão diminuindo rapidamente. O paciente precisará de constante apoio emocional, o que reforçará uma auto-imagem positiva. Quando as perdas das capacidades acontecem, as metas assistenciais são ajustadas para se adequarem ao declínio da habilidade do paciente.

Como lembra Lenardt et al. (2007), o paciente idoso quando submetido a internação, este poderá sofrer algum tipo de constrangimento e em alguns casos, poderá sentir-se como se estivesse perdido a sua liberdade. Esse sentimento influenciará diretamente na interação profissional-paciente, pois de um modo geral, esse tipo de indivíduo tende a omitir sintomas importantes; interferindo assim na assistência prestada.

Muitos procedimentos realizados com os pacientes são considerados rotineiros pela equipe de enfermagem e muitos não percebem o constrangimento e quando o percebem interpretam como normal. Evitar exposição desnecessária do paciente durante os procedimentos, explicar o que será realizado como também à finalidade dos mesmos, pode contribuir para diminuir que o paciente sintasse menos constrangido.

Como os idosos têm vivenciado a experiência cirúrgica? Como eles enfrentam todas essas adversidades? Será que os cuidados prestados durante uma internação para realização de uma cirurgia causam constrangimentos aos idosos? Quais os cuidados que constroem os idosos? Esses questionamentos moveram esta pesquisa que objetiva identificar os constrangimentos vivenciados pelos pacientes idosos durante o período de internação para se submeterem à cirurgia cardíaca com o propósito de suscitar reflexões acerca do assunto e propiciar mudanças no comportamento visando assistência de enfermagem individualizada, humanizada.

Se os idosos forem tratados com dignidade e encorajados a manter sua autonomia, a sua recuperação pós-operatória será mais eficiente, e com isso a qualidade de vida irá melhorar. Neste sentido esta pesquisa tem como objetivo geral identificar constrangimentos revelados pelos pacientes idosos durante o período de internação quando submetidos à cirurgia cardíaca e especificamente caracterizar os idosos em relação a: faixa etária, sexo, período de internação e tipo de cirurgia cardíaca; verificar quais são os constrangimentos vivenciados durante o período de internação.

A pesquisa foi realizada com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no pós-operatório mediato num hospital que atende pacientes do Sistema Único de Saúde na cidade de Bauru, onde através de entrevista, foram identificadas situações de constrangimento dos pacientes atendidos nessa instituição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória com análise do discurso segundo Bardin.

Com o envelhecimento da população, mudanças na alimentação e estilo de vida, as patologias associadas ao sistema cardiovascular crescem, por isso inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico enfatizando o idoso, cirurgia cardíaca e fatores que envolvem a assistência de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar constrangimentos revelados pelos pacientes idosos durante o período de internação quando submetidos à cirurgia cardíaca.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos que em relação a: faixa etária, sexo, período de internação e tipo de cirurgia cardíaca;
- Verificar quais os constrangimentos vivenciados durante o período de internação

3 REVISÃO DE LITERATURA

À medida que o homem envelhece, este passa a ter um contato mais freqüente com os profissionais da área da saúde. Corriqueiramente a preocupação com a saúde começa após os 40 anos, momentos em que, geralmente surgem alguns desequilíbrios no organismo humano. A população idosa tende a crescer, e conseqüentemente ocorrerá um aumento das doenças crônicas degenerativas que são mais comuns a partir dos 60 anos de idade. Com isso um possível aumento de índice de internações de pessoas idosas e também o possível aumento do número de medicações utilizadas pelos idosos a nível ambulatorial poderá ocorrer (SILVA et al., 2003).

De acordo com Costa (2003), o Brasil não se pode mais ser considerado um país jovem, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. De acordo com o Censo Populacional de 2000, os brasileiros com 60 anos ou mais já somam 14.536.029 indivíduos, representando 8,56% da população total. De acordo com as projeções da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes a população de idosos do mundo.

O envelhecimento populacional acontece em conseqüência de um processo conhecido como transição demográfica, onde há uma mudança de uma situação de mortalidade e natalidade e elevadas, com populações predominantemente jovens, para uma com mortalidade e natalidade baixas, com aumento da proporção de idosos (COSTA et al., 2003).

Para que ocorra o envelhecimento da população, não basta apenas aumentar a expectativa de vida. A partir da década de sessenta, com a descoberta de métodos contraceptivos mais eficazes, as taxas de fecundidade caíram drasticamente, no Brasil, a taxa de fecundidade total diminuiu de 5,8 filhos por mulher em 1970 para de 2,3 filhos, em 2000 (COSTA et al., 2003).

Com este significativo aumento do número de idosos em nosso país, houve a necessidade de uma melhor política de atenção à saúde destes. Com isso foi criado no Brasil o Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso antes de ser aprovado, tramitou no Congresso Nacional por cinco anos. Este foi aprovado por unanimidade pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. O projeto do Estatuto foi apresentado pelo senador Paulo Paim (PT-RS). O Estatuto visa à regulamentação das garantias dos idosos, sendo que algumas delas já são asseguradas pela Constituição Federal de 1988, foi sancionado pelo presidente da República Federativa do Brasil, Luis Inácio Lula da Silva, no dia 1º de outubro de 2003 (ROCHA, 2003).

De acordo com o Estatuto do Idoso:

é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, C. IV, Art. 15, 2006, p. 2).

O Estatuto do Idoso, ainda em seu IV capítulo, no art. 18, afirma que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda.

Conforme o art. 10 § 2º do Estatuto do Idoso relata que, o direito ao respeito consiste na não violação da integridade física, psíquica e moral abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetivos pessoais do idoso.

Em nosso país existe também a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Beneficiam-se dessa política todo indivíduo brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

O envelhecimento é denominado por uma diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Estes são geralmente portadores de várias enfermidades crônicas e ou incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores dos recursos orçamentários destinados à saúde (COSTA et al., 2003).

Um dos grandes problemas da legislação é a definição de “idoso” para fins de proteção, havendo controvérsias existentes na legislação, pois a Constituição Federal menciona o limite de 65 anos, mas na Política Nacional do Idoso esse limite é de 60 anos – conforme é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Já o nosso Código Penal, menciona a idade de 70 anos.

3.1 CIRURGIA CARDÍACA

3.1.1 Evolução histórica

Segundo Prates (1999) o primeiro caso de intervenção cirúrgica no coração foi realizado por Ludwing Rehn, que, em setembro de 1896, suturou com sucesso um ferimento cardíaco. O paciente era um jovem de 20 anos com uma laceração de 1,5 cm na face anterior do coração, que foi corrigida com três pontos separados de seda. Tentativas de correção de ferimentos semelhantes haviam sido relatadas no ano de 1890 por Ansel Cappelen, na Noruega, e por Guido Farina, em Roma, mas o paciente de Rehn parece ter sido o primeiro a sobreviver ao procedimento. No entanto, existem razões válidas para considerarmos que o início da cirurgia cardíaca ocorreu bem antes, em 1810, quando foram relatadas drenagens cirúrgicas do pericárdio por Francisco Romero, na Espanha, e Baron Jean Dominique Larrey, na França. O caso relatado por Larrey tratava-se de um soldado de 30 anos, que tentou o suicídio após ter sido acusado injustamente de uma falta, apunhalando-se no peito. As bordas do ferimento foram aproximadas pelo cirurgião militar, mas logo os sinais de tamponamento tornaram-se evidentes e a decisão de efetuar-se esta "delicada operação", como escreveu Larrey, foi tomada após a discussão do caso com os outros cirurgiões. A incisão foi realizada no sexto espaço intercostal esquerdo e o líquido drenado, em quantidade, era de cor amarelada com coágulos, demonstrando que o ferimento já não sangrava mais. Os casos de Romero, apresentados na Faculdade de Medicina de Paris em 1814, tratavam-se de derrames pericárdicos. Realizou três drenagens com esvaziamento completo nos dois primeiros e somente parcial no terceiro, devido à presença de aderências pericárdicas.

Segundo Smeltzer & Bare (2002), a doença cardíaca é uma das maiores causas de óbito no idoso. Pois, ocorrem várias mudanças no corpo do idoso, entre

elas as válvulas cardíacas tornam-se mais espessas e rígidas, e o músculo cardíaco e as artérias perdem sua elasticidade; depósitos de cálcio e gordura acumulam-se dentro das artérias e as veias tornam-se cada vez mais tortuosas. Embora a função seja mantida sob circunstâncias normais, o sistema cardiovascular apresenta uma reserva diminuída e responde com menor eficiência ao estresse. A hipertensão é um fator de risco significativamente grave em todas as idades quanto à doença cardiovascular e ao acidente vascular cerebral.

Os autores acima referidos afirmam ainda que a disfunção cardiovascular pode apresentar-se como arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana, arteriosclerose, hipertensão, claudicação intermitente (dor na perna causada pela deambulação), infarto do miocárdio, doença vascular periférica, hipotensão ortostática ou acidentes vasculares cerebrais (derrames). Procura-se obter a saúde cardiovascular através da prática de exercício físico regular, dieta apropriada, controle de peso, verificações regulares da pressão arterial, controle do estresse e cessação do tabagismo.

A cirurgia cardíaca no idoso representa uma esperança de retomada da sua rotina, pois este poderá ter uma melhor expectativa de qualidade de vida (BATTAGIN; CANINEU, 2008).

3.1.2 Mitos

Nas últimas décadas, ocorreu um drástico avanço na compreensão e tratamento das doenças cardiovasculares. Novas técnicas, aparelhos e matérias sofisticados foram desenvolvidos possibilitando a realização de cirurgias cardíacas, progressivamente, mais complexas e com riscos cada vez menores (KRÜGER; ECHER, 2000).

A doença cardíaca e seu tratamento cirúrgico podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente como um todo, pois este se sente atingido em sua auto-imagem, tem medo do seu estado de saúde e fica a disposição de profissionais que nem sempre lhe transmitem segurança e empatia. A ameaça à saúde também provoca ansiedade, já que este paciente encontra-se fragilizado pelo seu estado clínico (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

Segundo Biazin et al. (2002), com o avanço da cirurgia cardíaca, foi possível desenvolver um estudo que abrangesse melhor a ansiedade pré-operatória, suas

consequências, e o pós-operatório dos pacientes. O aspecto emocional do paciente que é submetido a uma cirurgia é muito importante para o sucesso da mesma, e conseqüentemente um posterior retorno a uma qualidade de vida melhor, com segurança. O fator psicológico pode ajudar o paciente a entender melhor sua doença, como ela pode ser instalada, lidar com os aspectos emocionais que advêm junto com a doença, como ansiedade, medo, fantasias, mitos, enfim, fazer com que o paciente aceite melhor o que ocorre com ele e enfrente o problema.

É necessária a identificação dos sentimentos dos pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca, pois, no ambiente hospitalar, o enfermeiro desempenha um papel abrangente no cuidado da pessoa submetida a um procedimento cirúrgico complexo, como é o caso das cirurgias cardíacas (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

Oferecer um trabalho Multidisciplinar sistemático e freqüente, enquanto canal que favoreça a informação e a participação do usuário no processo de Cirurgia Cardíaca é inovador, visto ser de uma especialidade tradicionalmente elitizada, envolvida em mitos e de difícil acesso. O usuário se sente importante por ser alvo desta preocupação da instituição e os esclarecimentos e a prontidão sócio-emocional podem contribuir para evitar intercorrências relacionadas à desinformação, como puxar o tubo, não aceitar medicação, etc, que aumentam o tempo de recuperação e internação. O acesso à informação em saúde, de forma multidisciplinar, enquanto parte do processo de trabalho de uma unidade, abre caminhos que apontam para o respeito institucional ao indivíduo, usuário de um serviço público de qualidade (OTERO et al., 2000).

Apesar dos pacientes com 70 anos ou mais de idade apresentar maior complexidade clínica devido à maior incidência de doenças crônicas e de comprometimento de órgãos-alvo, os avanços na operação cardíaca, anestesia e terapia intensiva, bem como a indicação cirúrgica antes que haja disfunção cardíaca grave, tornou possível a intervenção cirúrgica com baixa morbi-mortalidade (LOURES et al., 2000).

Sendo assim, de acordo com Battagin e Canineu (2008), é inevitável a relação do coração com o padecimento provocado pela doença cardíaca, uma vez que o coração está ligado a símbolos afetivos, como: amor, fé, e a própria sobrevivência. O coração é o foco de queixas de fundo emocional, sendo este é um órgão de muita simbologia – templo das emoções – o coração como o centro da vida e da morte, adquirindo assim o poder de transformar o comportamento das pessoas.

3.1.3 Assistência de enfermagem

De acordo com Figuera e Viero (2005), a intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional específica e diferenciada.

Em Favarato et al. (2001), demonstram, em seu estudo, que a cardiopatia promove um comprometimento geral no indivíduo, afetando-o nos segmentos afetivo-emocional, intelectual e social; além do mais, por ser uma afecção ameaçadora, gera medo, ansiedade e insegurança, sinalizando para o indivíduo sua vulnerabilidade e finitude. Há cinco fatores psicossociais que contribuem de forma significativa para a etiopatogenia e expressão da doença isquêmica do coração; incluem a depressão, a ansiedade, a personalidade competitiva, o isolamento social e o estresse crônico.

Do ponto de vista médico, o adoecimento é visto como alguma função do organismo que não está desempenhando bem o seu papel. A visão que a medicina tradicional possui do homem é de um corpo com uma expectativa previsível de funcionamento. Com relação ao procedimento cirúrgico também é isso que acontece. A cirurgia é uma desconhecida na vida do indivíduo, e como tudo que é desconhecido pode causar ansiedades e despertar fantasias (FIGHERA; VIERO, 2005). Assim como também poderá causar constrangimentos. Torna-se fundamental, que quando um indivíduo é admitido em ambiente hospitalar, este tenha sanado de todas as suas dúvidas, quanto aos procedimentos que será submetido, rotinas hospitalares, entre outras. Com isto, o paciente terá uma melhor aceitação do seu estado de saúde e um melhor relacionamento com os profissionais que estão lhe prestando assistência.

Segundo Crepaldi (1999), quando o indivíduo é admitido na instituição hospitalar, ele praticamente perde a sua identidade, pois ao chegar ao hospital, ele precisa desfazer-se de seus pertences e afastar-se de seus familiares. O paciente geralmente passa a ser visto dentro do hospital como um número de leito ou até mesmo como a sua patologia.

O paciente ao adentrar no hospital, precisa assinar o Termo de Consentimento Informado, que consiste num procedimento onde o médico ou profissional de saúde informa clara e suficientemente o paciente a respeito do tratamento a que será submetido, descrevendo de forma didática e simples todas as

fases, riscos e benefícios do mesmo. Desta forma, o profissional estará cumprindo com sua obrigação de informar o paciente, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor e o Código Civil, e conseqüentemente contribuindo para a obtenção de um consentimento válido (FERNANDES; PITHAN, 2007). Esta é a real definição do Termo de Consentimento Informado, mas na realidade é outro. Pois muitas vezes o paciente assina o Termo sem ao menos ler antes, ou até mesmo sem saber o significado deste “papel”, ou ainda não tem todas as informações que deveriam conter neste.

Sendo assim, a hospitalização envolve uma grande capacidade de adaptação do indivíduo as várias mudanças que ocorrem no cotidiano. As dificuldades de adaptação acontecem no momento em que o paciente não é atendido adequadamente em suas necessidades humanas básicas, agravando assim as sensações de isolamento e angústia pré-existentes. Essas dificuldades são suficientes para produzirem uma crise acidental que dependendo da intensidade, pode desorganizar temporariamente a personalidade do paciente (SILVA; GARCIA; FARIAS, 1990).

A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e familiar, e com a perda da autonomia do paciente. A hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo (FIGHERA; VIERO, 2005).

Ao tratar de pacientes com doenças cardíacas, devemos conciliar a técnica com a experiência humana, considerando o coração não somente pelo aspecto anatômico, mas somando isto ao significado deste órgão, presente em nossa civilização (BATTAGIN; CANINEU, 2008).

A assistência de enfermagem engloba desde cuidados pré-operatórios e a monitorização cuidadosa para detecção precoce de complicações pós-cirúrgicas, até o apoio emocional e psicológico oferecidos ao doente e seus familiares, durante todo período de recuperação pós-cirúrgica, pois o enfermeiro é o profissional que fica, ou deveria ficar mais em contato com o paciente (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

Geralmente a assistência se torna desumanizada, uma vez que o paciente e seus familiares passam por situações de constrangimento. Desse modo, muitas

vezes o hospital não cumpre com seu objetivo principal, que é o de resgatar a saúde e a dignidade dos cidadãos (CREPALDI, 1999).

A atuação integrada dos profissionais de saúde é necessária para o cuidado do paciente submetido à cirurgia cardíaca. A enfermagem tem lugar de destaque devido ao seu rigoroso acompanhamento nas primeiras horas de pós-operatório e pelo cuidado direto ao paciente em toda a internação (KRÜGER; ECHER, 2000). Rotineiramente, o profissional evita se envolver com o paciente, tratando apenas da doença, pois dessa forma, este tende a não se envolver, a não compartilhar com o sofrimento, a dor do paciente (CREPALDI, 1999).

O período pós-operatório de cirurgia cardíaca causa alterações fisiológicas em todos os sistemas do paciente, sendo necessária a monitorização de todas as funções orgânicas vitais. Em vista desta instabilidade inicial, a recuperação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é essencial. A UTI é conhecida como local do hospital que comporta paciente recuperável grave e de alto risco em que a vigilância contínua é imprescindível, pois qualquer alteração nos parâmetros clínicos pode exigir decisões imediatas e precisas (KRÜGER; ECHER, 2000).

O cuidado de enfermagem segundo Silva (1996) e Crossetti et al. (1996), é constituído por cinco elementos que são a tolerância, a disponibilidade, o diálogo, o respeito e o amparo.

Castro (1996), afirma que a enfermagem valoriza muito mais os procedimentos técnicos do que a patologia, esquecendo a dimensão humana do paciente. O assistir despersonalizado acontece quando a atenção da equipe está vetada para o corpo biológico e aos aparelhos em uso.

Segundo Smeltzer & Bare (2002), os pacientes com cardiopatia não aguda podem ser admitidos no ambiente hospitalar no dia ou no dia anterior a cirurgia. Desse modo, avaliação pré-operatória é finalizada antes que o paciente entre no hospital.

As necessidades da família também devem ser investigadas. A enfermeira deve verificar como os membros da família estão se relacionando com a situação; quais são as suas necessidades psicológicas, emocionais e até espiritual; e se eles estão recebendo as informações adequadas sobre a condição do paciente (SMELTEZER; BARE, 2002).

A população idosa representa uma clientela cada vez mais presente nos serviços de saúde, com isso, precisamos aprender a cuidar das especificidades

envolvidas e nos conscientizarmos da fonte benéfica que a comunicação interpessoal constitui para que seja eficiente a assistência prestada a essa população (PROCHET; SILVA, 2008).

Uma assistência de enfermagem de qualidade, aliada a uma comunicação eficaz, faz com que o paciente veja o enfermeiro como uma pessoa apta a ajudá-lo em qualquer situação. Essa assistência deve ser embasada em preceitos éticos, morais e científico, requerendo ainda do profissional atenção, habilidade e cuidado, a fim de que os objetivos sejam alcançados (BERTONE; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

A assistência de enfermagem prestada ao idoso exige mais tempo, por exigir que este tenha um cuidado diferenciado, com maior sensibilidade e perspicácia do profissional de saúde que presta assistência. Pois, o idoso por ser mais frágil, pode apresentar comportamentos como desorientação, agitação, esclerose e não-submissão ao tratamento. Com o passar da idade, o indivíduo tem uma perda acentuada da capacidade de adaptação e um aumento da vulnerabilidade de todas as funções individuais. Sendo assim, cada idoso requer uma atenção especial, devendo ser tratado de uma maneira individual, uma vez que a maneira de reagir de cada paciente está relacionada com a sua história de vida (SILVA; LEITE; PAGANINI, 2007).

Constrangimento significa ato ou efeito de constranger; acanhamento, embaraço, estado de quem está constrangido; violência (física ou moral) praticada contra alguém. O mesmo autor ainda considera constrangido como: forçado, coagido; tímido, acanhado; apertado (DICIONÁRIO...,1998).

Já a Grande Enciclopédia Larousse Cultural (1998), define constrangimento como estado de quem está constrangido; ou ainda, uma violência física ou moral exercida contra alguém.

Com base no estudo de Gouveia et al. (2006), o constrangimento é uma experiência ou um estado emocional, causado por um tipo de ansiedade social, resultante da perspectiva avaliação de outras pessoas em situações reais ou imaginárias; sendo esta uma reação psicológica, onde permanece o desejo de agir conforme os interesses e expectativas dos demais. O constrangimento envolve uma sensação de inaptidão social ou imprudência, associada à surpresa, com sinais de nervosismo, com rubor e redução do contato visual. O constrangimento aumenta de acordo a faixa etária. O indivíduo não se sente constrangido somente com situações

reais ou imaginárias que envolvem este, mas também por outras pessoas. As pessoas mais sensíveis ao olhar dos outros, são as mais ansiosas em relação a sua auto-imagem pública, sendo estas as mais propensas a se constrangerem. O constrangimento deve ser reconhecido e de forma empática, e com isso ser compartilhado, mesmo que as ações da pessoa não ameacem e nem reflitam a identidade social do observador.

Gouveia (2006) relata ainda que os indivíduos mais suscetíveis a sofrerem constrangimentos são aqueles capazes de ler as expressões emocionais dos outros e que prestam muita atenção; pessoas que se reconhecem como interdependentes e inter-relacionadas; indivíduos que imitam as expressões faciais, vocais e posturais de outras; pessoas que são influenciadas por comentários e observações feitas por outros a seu respeito.

A pessoa constrangida pode experimentar sentimentos como: ansiedade social, relacionada à timidez e vergonha, em relação ao que os outros estão pensando ao seu respeito, podendo ser esta uma situação real ou imaginária. O indivíduo ainda pode querer agir de acordo com as expectativas e interesses dos demais (GOUVEIA et al., 2005).

Segundo Lenardt (2007), o constrangimento caracteriza-se por situações de quem sofre desagrado, descontentamento, acanhamento, embaraço e violência. Geralmente os idosos que experimentam essas situações podem ficar embaraçados ou até mesmo constrangidos, o que leva a estes a omitir sintomas importantes em relação a sua patologia; e isso dificultará a relação e a assistência com estes pacientes, e conseqüentemente interferirá no seu prognóstico. Comumente para nós profissionais da saúde, os procedimentos que realizados rotineiramente são comuns, mas para o paciente estes geralmente são desconhecidos, fazendo a quem experimenta estes procedimentos demonstrem sinais de desconforto, insegurança, desconfiança, estresse e ansiedade. Estes sinais são geradores de ameaça e conflito.

Segundo Pupulim e Sawada (2002), o enfermo pode apresentar sentimentos de incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda de controle de si mesmo. O paciente pode ainda encontrar dificuldades em preservar a sua identidade, privacidade e intimidade, sendo que esses fatores são conhecidos como despersonalização. Durante a internação, o paciente pode apresentar-se fragilizado

pela própria patologia ou até mesmo pela própria despersonalização, exposição física e ou emocional, e estes sinais evoluírem para uma possível angústia.

Pupulim e Sawada (2002) relatam ainda em seu estudo que a enfermagem constantemente invade a privacidade do paciente durante o processo de cuidar. Pois muitas vezes, sem que haja a autorização do cliente, expomos ou tocamos seu corpo. Esta postura de poder é pouco questionada pelo enfermo, que entende que esta atitude é necessária para a sua recuperação, contudo, pode-se apresentar constrangido, envergonhado ou embaraçado. Em momento algum durante a nossa assistência, não podemos esquecer que a privacidade é uma necessidade e um direito do indivíduo; servindo de base para a sua individualidade.

A confiança do paciente deve ser conquistada a partir do respeito à sua privacidade (FERREIRA et al., 2007).

Para que se tenha uma boa relação enfermeiro-paciente, é preciso reconhecer as necessidades biopsicossociais do nosso cliente. Ao reconhecermos essas necessidades, iremos estabelecer uma relação de mútuo compromisso e de confiança, com isso iremos transmitir segurança e apoio, e conseqüentemente a diminuição do estresse devido ao processo de internação ou a sua própria patologia (PUPULIM; SAWADA, 2002).

Sendo assim, é de extrema importância explicar todos os procedimentos antes de realizarmos e desenvolvermos estes com ética, respeitando a privacidade do usuário do serviço de saúde. É essencial sanar qualquer tipo de dúvida que este apresente, a fim de tranquilizá-lo. Devemos ainda respeitar as crenças, e entender que cada paciente é um ser único, e que o cuidado prestado a um é diferente do cuidado que o outro necessita. Dessa maneira, é imprescindível respeitarmos o espaço de cada paciente, para que este não experimente qualquer tipo de sentimento de constrangimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória com análise do discurso a ser realizada em um Hospital de Bauru.

A coleta de dados foi realizada em com 6 pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), nos meses de novembro e dezembro do ano de 2009, através de entrevista semi-estruturada a partir da questão única: Quais os constrangimentos vivenciados durante o período de internação? A entrevista foi realizada no pós-operatório mediato, na unidade de internação, de maneira individualizada, sem a presença de outros pacientes no local da entrevista, após autorização do paciente em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Inicialmente foi solicitada à enfermeira responsável pela clínica a autorização para abordagem do paciente no quarto e posteriormente seria realizada a entrevista com o paciente. Os prontuários foram utilizados com o objetivo de coletar os seguintes dados: nome, sexo, idade, RG, naturalidade e cidade em que domicilia; dados estes usados para o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

Fizeram parte da amostra pacientes na faixa etária acima de 60 anos, de ambos os sexos, que realizaram cirurgia cardíaca, conscientes, em condições de responderem à entrevista.

Durante a pesquisa foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida segundo Resolução N° 196/96. O presente estudo recebeu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, da cidade de Bauru - São Paulo, recebendo parecer favorável, sob o N° 144/09, na data de 25 de setembro de 2009. Os potenciais entrevistados foram convidados a participar do estudo. O termo de consentimento foi entregue aos participantes, com a apresentação dos objetivos e da condição da pesquisa de forma verbal. Após esta apresentação pacientes tiveram acesso ao conteúdo manuscrito da pesquisa, e com a concordância destes, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo participante. Foi garantido o anonimato e sigilo das informações dos entrevistados nos resultados desta pesquisa.

As entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977), que é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. “A análise de conteúdo se constitui num

conjunto de instrumentos metodológicos, que asseguram a objetividade, sistematização e influência aos discursos diversos” (BARROS, 1988).

Para análise dos dados foram levados em consideração os depoimentos dos participantes como unidades de análise. Assim, com a transcrição das entrevistas gravadas e posterior leitura, os dados foram agrupados, evidenciando os temas mais significativos a serem interpretados.

No período da pesquisa todos os idosos concordaram em fazer parte da pesquisa. Foram entrevistados 6 idosos onde 3 eram mulheres e 3 homens.

A faixa etária foi importante, considerando-se que a época do nascimento e do desenvolvimento do indivíduo pode nos revelar geralmente, as estruturas dos valores, crenças e costumes. As idades das mulheres variam entre 63 e 77 anos. Já os homens, entre 69 e 75 anos. A idade variou entre 63 e 77 anos.

Todos os participantes foram submetidos ao procedimento cirúrgico de Revascularização do Miocárdio, onde a data de internação variou entre 12 e 24 de novembro de 2009.

Das análises e interpretações dos discursos representados pelos participantes, encontramos os seguintes recortes de suas falas:

Vergonha do que a gente não conhece a gente sente mesmo, essas coisas a gente que não é acostumado à gente fica constrangida mesmo, mas tem que passar (L.F.S., 75 anos).

[...] não sofri nenhum tipo de constrangimento, não tive vergonha de nada, tudo normal (M.J.P.A., 63 anos).

Nada, nada, nada. Caiu na rede é peixe, nem de “rapá” eu tive vergonha (A.A.A.C., 63 anos).

Não, não senti nada (A.A.M., 75 anos).

Não, não; vergonha é pra quem “tá” bem. Tem que se entregar e pronto (J.J.F., 69 anos).

Nada, foi tudo bem (M.S.M., 77 anos).

Esses dados não vão de encontro do que afirma Lenardt et al. (2007), quando constata que em suas observações perceberam que muitos idosos internados candidatos à cirurgia, demonstraram acanhamentos e/ ou expressavam descontentamentos diante de certas situações e/ ou procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Alguns destes idosos, visivelmente constrangidos, davam a entender ao profissional que este estava cerceando sua liberdade. Como

profissional cuidador, isso implica enorme responsabilidade e relevância para a determinação de seus limites.

Figuera e Viero (2005) relatam em seu estudo que uma das principais fontes de ansiedade no pré-operatório relaciona-se diretamente com a separação de casa, da família, de seu ambiente e de suas coisas. Sabendo-se que a ansiedade pode gerar constrangimento, nossos entrevistados também não relataram terem se sentidos ansiosos durante qualquer período de internação. Talvez se aprofundássemos um pouco mais na investigação poderíamos ter encontrado respostas diferentes das que foram coletadas. Pois segundo as fala dos pacientes de iniciais L. F. S. e J. J. F., estes relataram estar constrangidos por algo, mas não manifestaram o real motivo durante a entrevista.

O esclarecimento de dúvidas permite ao paciente compreender certas situações e quem sabe, procurar alternativas que minimizem suas ansiedades. O enfermeiro deve ser cauteloso e identificar o nível de ansiedade do paciente, evitando oferecer informações excessivas, o que viria a aumentar sua ansiedade. É da maior importância que o enfermeiro aprenda a colocar-se na relação com o paciente e família de forma autêntica, que trabalhe na sensibilização da sua equipe para alcançar um nível ótimo de comunicação (BLAZIN et al., 2002).

Com base nos discursos citados acima, podemos verificar que a maioria dos pacientes não sofreram nenhum tipo de constrangimento durante o período de internação, ou ainda, que pelo simples fato de estarem hospitalizados, estes tem que ser submetidos aos procedimentos impostos pelos profissionais de saúde sem ao menos terem o direito de questionar ou sanar qualquer dúvida. Pois, acreditam que ao adentrarem no ambiente hospitalar, todos os procedimentos serão em benefício a sua saúde.

Teria sido interessante avaliar os pacientes deste estudo em data anteriormente à cirurgia, procedimento este que poderia completar a pesquisa. Devido às limitações de tempo, isto não foi possível, entretanto permanece como sugestão para estudos futuros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseando-se nos dados citados anteriormente, concluiu-se que a maioria dos pacientes entrevistados relataram que não sofreram nenhum tipo de constrangimento no período de internação, enfrentaram de maneira natural qualquer tipo de procedimento técnico ou cirúrgico realizado, e ainda podemos constatar que os pacientes passaram a aceitar a necessidade do tratamento e buscaram ser otimistas frente à cirurgia, e assim não evidenciando constrangimentos. O que nos deixa intrigados, pois, através dos estudos feitos pelos autores que consultamos, pudemos perceber uma série de constrangimentos no qual não detectamos em nossos entrevistados. O que nos leva a pensar se os pacientes não omitiram uma resposta fidedigna. Talvez nossa abordagem não tenha sido adequada para este tipo de paciente, já que por estarem internados em um hospital SUS, estes se sentiram coagidos em nos responder; tiveram medo de serem prejudicados em algum período da internação; mesmo sendo antes da entrevista explicado que a pesquisa seria sigilosa.

Durante a realização da pesquisa, ou melhor, durante a coleta de dados, verificou-se interesse da equipe médica e de enfermagem pelo assunto abordado nesse estudo. Por parte das autoras, foi motivo de alegria ao finalizar as entrevistas, verificar o interesse dos membros da equipe de saúde sobre o que os idosos haviam respondido. Muitos desses profissionais também se sentiram surpreendidos pelas respostas adquiridas. Considera-se a motivação como o componente principal para o processo de novas aprendizagens e pesquisas. Este interesse dos profissionais nos leva a acreditar que muitos deste, mesmos com as respostas obtidas pelos participantes da pesquisa, venham a refletir suas práticas de cuidados que possivelmente ocasionariam constrangimentos ao paciente idoso.

Respeitar o ser humano como portador de valores na ação profissional de enfermagem e também refletir sobre as condutas dos profissionais, questionarem valores, repensar e redefinir os procedimentos de cuidados do saber/fazer a luz do Código de Ética da profissão, possibilita a conscientização da dimensão e do desafio da bioética. A necessidade do cuidado personalizado, direcionado as exigências de cada indivíduo, considerando seus valores, induz à utilização dos princípios éticos do exercício da profissão.

A efetivação da assistência na relação enfermeiro-doente-cliente-família e comunidade deve ser revista por todos os profissionais de saúde a fim de proporcionarem um melhor cuidado e livrar o paciente de possíveis constrangimentos, já que este se torna mais suscetível pela sua idade ou até mesmo pela própria patologia.

Perante os dados coletados, tivemos a oportunidade de ter um melhor conhecimento científico do tema em questão, sendo assim, obtivemos um melhor entendimento do ser-paciente hospitalizado, e com isso, temos base para lhes oferecer uma melhor assistência. Assistência esta embasada em conhecimentos técnicos-científicos e éticos, a fim de abreviar sua estadia no ambiente hospitalar e para que a sua saúde seja restabelecida em um menor tempo.

Fazer este trabalho de pesquisa sobre os constrangimentos dos pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca representou uma experiência única, enquanto acadêmicas de enfermagem, pois nos mostrou claramente as diferenças entre trabalhar e interagir com pacientes. O contato que tivemos com esses pacientes fora do nosso horário de estágio têm outra conotação e permitiu que estes revelassem seus sentimentos, onde geralmente não são exteriorizados quando prestamos o cuidado em si.

Por meio dos depoimentos colhidos, aprendemos a ver nossos pacientes não como portadores de suas patologias, ou como um simples número de leito, mas como humanos iguais a nós, que precisam do apoio familiar e do amparo da equipe de saúde neste período reconhecidamente crítico.

Devemos ter sempre em mente que o enfermeiro deverá dispor de muita atenção, habilidade e cuidado, já que estamos cuidando de seres humanos. Devemos sempre trabalhar com ética e dignidade, embasados por conhecimentos científicos e éticos, a fim de minimizar qualquer risco que o paciente possa sofrer.

É importante enfatizar a dificuldade para encontrar no contexto brasileiro pesquisas acerca do constrangimento. Nesse sentido, o estudo que ora se apresenta compreende uma contribuição em tal direção, sendo recomendadas ainda pesquisas futuras de forma a avaliar a extensão desses achados.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, A. J. P. et al. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1988.
- BATTAGIN, A. M.; CANINEU, P. R. Avaliação da capacidade funcional e sintomas depressivos após a cirurgia cardíaca. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 189-197, abr./jun. 2008.
- BERTONE, T. B.; RIBEIRO, A. P. S.; GUIMARÃES, J. Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. **Revista Fafibe On Line**, Bebedouro-SP, n. 3, ago. 2007.
- BIAZIN, D. T. et al. Projeto de extensão: visita pré e pós operatória de cirurgia cardíaca. **Terra e Cultura**, ano 18, n. 35, 2002.
- BRASIL. **Constituição Federal de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 14 nov. 2009.
- BRASIL. **Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940**: “Código Penal”. Brasília, DF, 1940. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>>. Acesso em: 14 nov. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- CASTRO, D. S. **Experiência de pacientes internados em UTI – análise fenomenológica**. 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- CHINI, G. C.; BOEMER, M.R. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003.
- CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia**, Ribeirão Preto, jun. 1999.
- CROSSETTI, M. G. O. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. 1997. Tese (Doutorado) - Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DICIONÁRIO compacto da língua portuguesa. São José do Rio Preto: Editora Cisper, 1998.
- DIOGO, M. J. D. E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

- FAVARATO, M. E. C. DE S.; ALDRIGHI, J. M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 4, out./dez. 2001.
- FERNANDES, C. F.; PITHAN, L. H. O consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética. **Rev HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 78-82, 2007.
- FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005.
- FIGUEIREDO, N. M. et al. **Práticas de Enfermagem: ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- GOUVEIA, V. V. et al. Auto-imagem e sentimento de constrangimento. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 231-241, set./dez. 2005.
- GOUVEIA, V. V. et al. O sentimento de constrangimento: evidências acerca do contágio emocional e do gênero. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 329-337, out./dez. 2006.
- GRANDE Enciclopédia Larousse Cultural. v. 7. São Paulo: Nova Cultural. 1998.
- KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.
- KRÜGER, J.; ECHER, I. C. Percepção e sentimentos de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em relação à visita. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 123-137, jan. 2000.
- LENART, M. A. et al. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 737-745, out./dez. 2007.
- LOURES, D. R. da R. et al. Cirurgia cardíaca no idoso. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Direitos do Idoso. Disponível em: <http://dhnet.org.br/direitos/sos/Cartilha_pb/53_Direitoldoso.html>. Acesso em: 12 nov. 2009.
- PRATES, P. R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 177-184, 1999.
- PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão de privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 433-438, 2002.
- ROCHA, E. G. Estatuto do idoso: um avanço legal. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003.
- ROUQUAYROL, M. Z. F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SANTOS JR, J. C. M. O paciente cirúrgico idoso. **Rev. Bras. Coloproct.**, v. 23, n. 4, p. 305-316, 2003.

SILVA, A. C. G. M.; LEITE, J. F. R.; PAGANINI, M. C. Cuidados de enfermagem e o envelhecimento: da prática à reflexão. **Boletim de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2007.

SILVA, A. L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. 1996. Tese (Titular-Docência) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, I. N. T. et al.. O enfermeiro e o paciente idoso em terapêutica plurimedamentosa. **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003.

SILVA, M. L.; GARCIA, E.; FARIAS, F. A Doença – Aspectos Psicossociais e Culturais – Manifestações e Significados Para a Equipe de Saúde. **Revista Enfoque**, v. 18, n. 2, p. 31-33, 1990.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. E. **Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médica cirúrgica**. v. 3. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara 2007.

VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, maio/jun. 2006.

VERAS, R. P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor de saúde: Conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. P. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p 11-79.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Nome Sr (a). _____ , idade ___ anos , sexo _____ de naturalidade _____ , domiciliado em _____ e RG _____ , foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada "Constrangimentos relatados por pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca".

O (a) Sr (a), foi plenamente esclarecido de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo conhecer os constrangimentos relatados por pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca.

Embora o Sr (a) venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantindo que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) Sr (a) não terá o direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em risco ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, com duração média de 30 a 40 minutos, garantindo-se privacidade e a confidência das informações e será realizadas pelas acadêmicas Elyn Nôemia da Silva e Renata Peijo Machado, sob a orientação da Enf. Prof. Ms. Márcia Alves Rocha.

Bauru (SP) ____ de _____ de 2009.

Participante do estudo