

O processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca: uma análise de gênero

The process of experiencing the coronary revascularization surgery: an analysis of gender

El proceso de vivir la cirugía de revascularización cardíaca: un análisis de género

Murilo Pedroso Alves¹

Gabriela Marcelino de Melo Lanzoni¹

Cíntia Koerich¹

Giovana Dorneles Callegaro Higashi¹

Maria Aparecida Baggio¹

Alacoque Lorenzini Erdmann¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar as vivências de homens e mulheres sobre a cirurgia de revascularização miocárdica na perspectiva de gênero. **Métodos:** Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados, através de entrevista com 17 participantes (pacientes e familiares) em um hospital referência em cardiologia no Sul do Brasil. **Resultados:** Homens e mulheres vivenciam de forma diferente a espera pela cirurgia, bem como o lazer e as relações sociais. Familiares são considerados um importante suporte para superar as mudanças na sexualidade após a cirurgia e a necessidade de se adaptar aos novos hábitos alimentares e à nova ocupação profissional. **Conclusões:** Percebe-se que há significativa diferença na forma como os gêneros lidam com as experiências vinculadas ao processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca, e que enfermeiros podem melhor planejar as orientações e cuidados de acordo com as peculiaridades de gênero.

Palavras-chave: Enfermagem; Revascularização Miocárdica; Gênero e Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the experiences of men and women on myocardial revascularization surgery in the perspective of gender. **Methods:** The Grounded Theory was used, including interviews with 17 participants (patients and families) in a referral hospital in cardiology in southern Brazil. **Results:** Men and women experience the wait for surgery, leisure and social relations differently. The family is considered as an important support to overcome the changes in sexuality after surgery and the need to adapt to new eating habits and a new occupation. **Conclusions:** It could be noted that there is a significant difference in how the genders deal with the experience of undergoing the process of myocardial revascularization surgery, and nurses can better plan the guidelines and care according to gender peculiarities.

Keywords: Nursing; Myocardial Revascularization; Gender and Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las vivencias de hombres y mujeres con respecto a la cirugía de revascularización miocárdica en la perspectiva de género. **Métodos:** Se utilizó la Teoría Fundamentada de Datos, a través de entrevistas con 17 participantes (pacientes y familiares) en un hospital de referencia en cardiología en el sur de Brasil. **Resultados:** Hombres y mujeres sienten de manera diferente la espera por la cirugía, así como el tiempo libre y relaciones en sociedad. Los parientes son considerados un importante apoyo para superar los cambios en la sexualidad después de la cirugía y la necesidad de adaptarse a los nuevos hábitos alimentares y la nueva profesión. **Conclusiones:** Se observa una diferencia significativa en la forma en que los géneros son afectados con la experiencia relacionada con el proceso de vivir la cirugía de revascularización cardíaca, y que los enfermeros pueden planificar mejor las orientaciones y cuidados según las peculiaridades de género.

Palabras clave: Enfermería; Revascularización Miocárdica; Género y Salud.

Autor correspondente:

Murilo Pedroso Alves.

E-mail: murilopedrosoalves@gmail.com

Recebido em 26/01/2016.

Aprovado em 01/08/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160093

INTRODUÇÃO

O termo "gênero" ultrapassa o significado de identidade biológica, que se restringe apenas ao sexo. Ser homem ou ser mulher é um fato biológico, enquanto que o gênero se trata de uma construção sócio-histórica que enfatiza a dimensão das relações sociais. Ambos os sexos são capazes de realizar qualquer função, porém a sociedade que impõe ao homem e à mulher comportamentos e normas distintas, visto que o ser humano nasce neutro em atribuições e a sociedade é quem determina os papéis, instituindo assim o gênero¹.

No âmbito da saúde, o gênero pode ser considerado um eixo transversal, ao considerar as evidências sobre desigualdades em saúde entre homens e mulheres, decorrentes das desigualdades de gênero historicamente construídas¹.

Na perspectiva de gênero, o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) pode significar enfrentamentos distintos pelos indivíduos que a experienciam. A cirurgia cardiovascular é um procedimento complexo, que exige criteriosa atenção profissional em todo o seu processo, sendo observadas as particularidades inerentes a cada indivíduo, manifestações fisiológicas e psicológicas pré e pós-operatórias, a fim de que melhores resultados possam emergir da prática cirúrgica. São manifestações psicológicas frequentes em pessoas submetidas à cirurgia cardiovascular a ansiedade, a depressão e o medo. Esses indivíduos também podem experimentar vivências traumáticas, apresentar percepção da sua situação atual alterada e ter padrões de sexualidade alterados²⁻⁴.

A experiência do processo cirúrgico de revascularização miocárdica e a ocorrência das manifestações apresentam-se de modo diferente entre o gênero masculino e feminino⁵⁻⁷, evidenciado principalmente por manifestações de ordem biológica e psicológica.

As manifestações de ordem biológica estão caracterizadas pela maior predisposição das mulheres à síndrome metabólica em relação aos homens, a qual está relacionada diretamente à doença cardiovascular. Além disso, as disposições anatômicas das mulheres e dos homens apresentam diferenças substanciais, o que também pode estar relacionado ao aumento da morbimortalidade pós-operatória em mulheres em relação aos homens⁷.

Quanto ao aspecto psicológico, constata-se um grau de melhora elevado em homens em relação às mulheres⁶. As mulheres podem apresentar pior percepção sobre a qualidade de vida no pós-operatório, fato este relacionado à atuação histórica do gênero na sociedade, voltada para atividades domésticas, restritas ao lar. A impossibilidade ou a restrição dessas atividades condiciona à necessidade de maior suporte psicológico à mulher durante a doença e o tratamento^{6,3}. Todavia, tanto para homens quanto para mulheres, a experiência da doença e da cirurgia cardíaca modifica o modo de viver e compreender o processo de saúde/doença^{8,9}.

Frente a esta realidade, surge como questionamento para este estudo: Como os pacientes, homens e mulheres, significam e vivenciam o processo de viver a CRM? Logo, o estudo

tem o objetivo de analisar as vivências de homens e mulheres sobre a cirurgia de revascularização miocárdica na perspectiva de gênero.

O presente estudo visa contribuir significativamente para uma melhor assistência prestada pelos enfermeiros aos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica em todo o seu processo, considerando as diferenças e similaridades apresentadas, referentes aos gêneros masculino e feminino.

MÉTODOS

O estudo é de natureza qualitativa, onde o método utilizado foi a *Grounded Theory*, também conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD consente com a compreensão das ações e interações vivenciadas por sujeitos dentro de um contexto sociocultural específico e possibilita explorar a diversidade, a pluralidade e a singularidade da experiência humana, permitindo a compreensão de um fenômeno vivido, a partir dos dados coletados e analisados simultaneamente¹⁰.

O estudo foi realizado a partir de um banco de dados do projeto intitulado: "Significando a experiência cirúrgica e o processo de viver do paciente submetido à revascularização cardíaca", com coleta de dados realizada no período de março a abril de 2010, em um hospital de referência em cardiologia do Estado de Santa Catarina, Brasil.

A pesquisa original envolveu 23 participantes, entre 12 pacientes, cinco familiares, seis profissionais de saúde. Os aspectos de gênero se destacaram nos depoimentos, mesmo não se configurando como foco inicial do estudo. Desta forma, resgatou-se do banco de dados todas as entrevistas dos dois grupos amostrais, ou seja, dos pacientes e familiares, por suas contribuições acerca dessa temática. Destaca-se que, em relação à identidade de gênero apresentada pelos participantes, ela estava pautada na condição biológica, ou seja, no masculino e feminino, a qual orientou a determinação dos familiares como segundo grupo amostral por sua convivência próxima e íntima. Já o grupo dos profissionais pouco contribuiu para a abordagem, ressaltando questões gerais do tratamento e acompanhamento em saúde.

Na TFD a seleção dos participantes ocorre de acordo com a amostragem teórica ou grupo amostral, ou seja, considera-se um conjunto de informantes (pessoas, documentos, observação do local) do qual será extraído o máximo de informações possíveis para compreensão do fenômeno estudado¹⁰. Para a captação do primeiro grupo amostral foi realizado contato pessoal do pesquisador com os participantes do referido serviço e que atendessem aos critérios de inclusão: ser adulto, ter vínculo com o serviço de reabilitação cardíaca e ter sido submetido à CRM em período anterior a 2010, com no mínimo 90 dias de pós-operatório. Este período foi designado considerando que, em média, após três meses de reabilitação cardíaca, o paciente transita da situação de convalescência e maior necessidade de vigilância para um estado de maior estabilidade e autonomia¹¹. Como critério de exclusão adotou-se: ser menor de 18 anos; e pacientes com menos de 90 dias de pós-operatório. Assim, o

primeiro grupo amostral foi composto por 12 pacientes que experienciaram a CRM, sendo seis homens e seis mulheres, entre 53 e 76 anos de idade, os quais haviam realizado cirurgia de CRM.

Ressalta-se que a utilização do serviço de reabilitação cardíaca como cenário de coleta de dados justifica-se pela conveniência da concentração de pacientes com o perfil de interesse do estudo, uma vez que não há tempo limite ou qualquer restrição para a permanência destes em reabilitação.

A entrevista semiestruturada foi realizada na instituição do estudo, em ambiente reservado, guiadas pela seguinte frase: *Fale-me sobre sua experiência de ter realizado cirurgia cardíaca.* Conforme preconiza o método do estudo, a pergunta norteadora da entrevista deve ser aberta e ampla para garantir uma profunda exploração do fenômeno¹⁰.

A partir da leitura criteriosa das falas destes participantes, evidenciaram-se aspectos relacionados à autoimagem e sexualidade que, por vezes, envolvia seus parceiros como importantes na superação das diversas mudanças no seu processo de viver. O segundo grupo amostral, formado por familiares de pacientes, foi considerado por contribuir de forma relevante com o processo de consolidação das categorias desenvolvidas até o momento. O processo de recrutamento deste grupo amostral pautou-se no contato com os familiares que acompanhavam os pacientes na atividade de reabilitação, sendo formado por cinco familiares (três esposas e dois maridos). Para este grupo utilizou-se como questão norteadora: *Como você percebe sua participação no processo de viver a cirurgia de revascularização de seu familiar?* Foram critérios de inclusão para este grupo: ser adulto e principal cuidador do paciente durante o período de internação e após a alta hospitalar. Desta forma, o processo de coleta de dados envolveu 17 participantes.

O processo de análise deste estudo iniciou com uma leitura cuidadosa das entrevistas no *software NVIVO*[®], buscando-se os incidentes relacionados às vivências dos gêneros no processo de viver a CRM. A análise de dados foi processada por duas etapas interdependentes e concomitantes, quais sejam: codificação aberta e codificação axial. A codificação tem a finalidade de reduzir os dados para se chegar à compreensão do fenômeno do estudo¹⁰. O processo iniciou-se com a codificação aberta¹⁰, que ocorreu de forma livre, incluindo a definição de códigos preliminares a partir da leitura cuidadosa da entrevista e com a identificação de cada incidente. Em seguida, a codificação axial¹⁰, que busca estabelecer relação entre as categorias e as subcategorias para sustentar explicações precisas sobre os fenômenos encontrados. Assim, durante todo o processo buscou-se manter a comparação constante entre os dados¹⁰, oportunizando reflexões e questionamentos que orientaram os pesquisadores no agrupamento dos códigos preliminares, considerando-se, além da similaridade de conteúdo, as diferentes propriedades e dimensões das categorias e subcategorias, a serem desenvolvidas nos resultados.

Para preservar a confidencialidade das informações, os participantes foram identificados por letra referente à participação do grupo amostral, seguida do número ordinal correspondente à ordem da entrevista. Foi atribuída a letra H para o grupo amostral

constituído por pacientes homens; M para o grupo constituído por pacientes mulheres; e F para o grupo amostral de familiares, sendo FH para familiares de pacientes homens e FM para familiares de pacientes mulheres. Os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa segundo a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde¹². O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o registro nº 001/2010.

RESULTADOS

A partir da reanálise dos dados, surgiram cinco categorias que apresentam as diferentes perspectivas do processo de viver a CRM, de acordo com os gêneros masculino e feminino, as quais serão apresentadas a seguir.

Vivenciando a espera pela cirurgia

No que concerne à experiência de espera pela cirurgia, os pacientes do gênero feminino demonstraram maior dificuldade do que os pacientes do gênero masculino para a aceitação da CRM, como processo fundamental de tratamento da insuficiência coronariana, devido ao medo da morte. Condição a que todos os seres vivos estão expostos como parte do processo de viver e de morrer.

Para enfrentar o período de espera pela cirurgia, na dualidade entre o desejo de realizá-la e o medo do desconhecido e da morte, as mulheres recorreram à espiritualidade como força superior. Os depoimentos confirmam o exposto:

Ah! Foi muito difícil para eu aceitar a cirurgia. Não tinha escolhido. Eu tinha muito medo de ir para lá [centro cirúrgico] e não voltar, porque estamos sujeitos a isso [referindo-se à morte]. Eu senti medo, quem iria fazer as coisas da casa e para minha família no meu lugar? M6

E eu ali esperando o tal dia, e aí eu rezava para que não chegasse a hora, porque eu queria fazer e não queria. M1

Já os pacientes do gênero masculino, por sua vez, no período de espera pela cirurgia, apresentaram exacerbação da ansiedade, associada à esperança de cura. Para o gênero masculino, a cirurgia significava um acontecimento necessário para uma mudança positiva no processo de viver, ou seja, a transformação de uma condição de doença para uma condição de cura, atrelada à mudança de vida, como se lê nas falas:

Então, a minha esperança sempre era grande. Era uma ansiedade que eu não via chegar a hora [da cirurgia]. Quando chegou a hora de me levar para cirurgia, aquele carrinho era a alegria. Parece que eu estava mudando de vida. H2

A minha vontade era ser operado, por isso a minha chegada no centro cirúrgico foi tranquilo, foi tranquilo! Os dias que passei após a cirurgia foi feliz, porque fui operado. Se eu não fosse operado, não iria aguentar muito tempo. H1

Neste estudo, o gênero masculino não manifesta medo da morte, embora possa senti-lo. Nota-se que as mulheres estão mais abertas a expor seus medos e anseios relacionados à espera pela cirurgia, como parte fundamental do tratamento, e que os homens enfatizam a espera pela cirurgia como possibilidade de cura, prolongamento e mudança de vida.

Significando o lazer antes e depois da cirurgia

A maioria das mulheres do estudo apontava já serem socialmente ativas em momento anterior à cirurgia. As atividades de lazer realizadas antes da experiência cirúrgica, segundo as depoentes, eram: visitas e encontros com familiares e amigos, atividades junto à comunidade e à igreja, entre outras.

Além das atividades de lazer habituais, após a vivência da experiência de revascularização cardíaca, algumas depoentes afirmaram terem adicionado novas opções de lazer ao seu cotidiano. Essas mulheres constataram que a atitude pró-ativa, em busca de novas atividades e ações prazerosas, como a dança, além de ampliar a rede de interação e relações sociais, influenciou positivamente na recuperação e reabilitação cardíaca. A fala confirma isso:

Ah!, eu não dançava, hoje eu danço! Pouco assim, não ligeiro, mais danço. Estou boa, só que tem que cuidar a mesma coisa, não é que operou já ficou boa, não! (...) Mas eu me sinto até mais leve. Eu saio e eu me sinto bem quando eu caminho, não gosto de ficar em casa... M4

Compreende-se que o gênero masculino, antes do processo cirúrgico cardíaco, assim como o gênero feminino, também mantinha vida social ativa. Futebol entre amigos e churrascos com os familiares eram atividades de lazer que faziam parte da rotina dos depoentes do gênero masculino. Todavia, essas e outras atividades também estavam atreladas a comportamentos considerados não saudáveis, tais como: ingestão abusiva de alimentos ricos em gorduras e consumo excessivo de bebidas alcoólicas em eventos sociais e ou reuniões com grupos de amigos e familiares, etc.

Alguns pacientes do gênero masculino, após experienciarem a CRM e ao entenderem que hábitos dietéticos inadequados deveriam ser evitados, passaram a recusar a participação em eventos sociais e/ou reuniões com grupos de amigos e familiares para evitar o acesso e o conseqüente consumo de alimentos e bebidas considerados não saudáveis. Logo, esses pacientes passavam a preferir o isolamento social ao enfrentamento das mudanças necessárias e recomendadas para um viver saudável. O depoimento evidencia a assertiva:

Na festa dele não pude ir, porque não podia beber. Aí, me dá um estado de nervos [...] chego lá no meio dos amigos, dos parentes [...] todo mundo comendo carne, tomando cerveja. Aí, fica eu lá, de braço cruzado, só olhando. Olhando para os outros e não podendo. Então, eu pego e faço o quê? Não vou! H4

Ele gosta de churrasco, carne gordurosa, e de uma cerveja. Então ele não vai, pra não dar vontade. Fica em casa pra não ver. FH6

Evidencia-se que o gênero feminino apresenta maior flexibilidade do que o gênero masculino para mudanças nos hábitos e estilos de vida, com apropriação de opções saudáveis de lazer, tanto por se permitir continuar vivenciando lugares habitualmente frequentados, quanto por buscar novas formas de interação social.

O gênero masculino, ao (re)conhecer que hábitos e estilos de vida anteriores à experiência cirúrgica são prejudiciais à saúde, opta pelo isolamento, adjetivando-os como pontos negativos para sua interação social. Neste sentido, compreende-se que a decisão desses pacientes por não participar de atividades sociais que incitam o consumo de alimentos e de bebidas a serem restringidos, conforme orientação da equipe de saúde, trata-se de uma barreira à vida social.

Percebendo a sexualidade após a cirurgia

Discorrer sobre sexualidade foi difícil para os pacientes do estudo, independentemente do gênero, provavelmente pelo tabu que envolve o tema. Falar sobre suas experiências relacionadas à vida sexual, após a cirurgia, parecia gerar certo desconforto aos depoentes. Fato que pode ser justificado por ser a população do estudo predominantemente idosa, sendo abordagem sobre experiência sexual neste grupo etário mais difícil do que em outros grupos etários. Dentre os gêneros, foi o feminino que apresentou maior dificuldade para discorrer sobre sexualidade.

Constata-se que, após a cirurgia, ambos os gêneros apresentam prejuízo na frequência e na qualidade da vida sexual. A dor incisional é mencionada pelo gênero masculino como principal fator limitante, que interfere no ato sexual. A dor durante o ato sexual também é mencionada pelo gênero feminino.

Identifica-se que, na experiência das pacientes do gênero feminino, a compreensão do cônjuge e o uso de pouco esforço, tornam a prática sexual possível. Todavia, para essas pacientes, as alterações vivenciadas na vida sexual, como a diminuição ou a restrição da prática sexual, parecem não possuir muita relevância, como se observa na fala a seguir:

Ele faz a parte dele, eu faço a minha. Na boa, sem muito esforço para mim. Isso aí a gente vai bem [...] Tem algumas restrições, tem coisas que para mim já fica fora, porque, mesmo eu estando bem, às vezes, eu sinto dor, dói muito, muita dor. Mas dizem que cirurgia é assim mesmo, leva tempo para a gente ficar livre da dor. Alguma coisa mudou, mudou só que não tenho aquele pique de antes, mas está tudo bem. M6

Para o gênero masculino a limitação ocasionada pela dor incisional interfere no desempenho sexual do homem, levando-o a optar pela redução ou pela abstinência sexual a ter que, juntamente com a parceira, utilizar novas estratégias para uma

prática sexual que seja saudável e prazerosa para o casal. A fala elucida o exposto:

Passou a ficar reduzida, nos primeiros tempos a gente parou! Depois começou, mas já tinha esfriado, digamos assim. A relação havia esfriado, e hoje é muito esporádico. Esfriou completamente, quase nada. É que eu sentia muita dor, me dava dor, e quando fazia esse tipo de esforço, eu sentia dor. Parece que abria o peito e era complicado, porque não se entregava mais completamente, digamos assim. H3

Mudou totalmente, agora ele tem medo de fazer esforço. Então tem que ser dentro dos limites, por isso diminuiu bastante. FH6

Os gêneros feminino e masculino percebem mudanças significativas na vida sexual, após a CRM. Verifica-se pouca abertura para o diálogo entre os parceiros sobre as mudanças que experienciam, seus medos, angústias, necessidades, vontades, desejos e possibilidades de adaptarem-se à nova condição, conforme as limitações decorrentes do recente processo cirúrgico experienciado por um dos parceiros, em determinado período da vida.

O tema sexualidade também é pouco abordado pelos próprios profissionais de saúde, nas orientações peri operatórias, particularmente nas orientações e recomendações para a alta e no acompanhamento dos pacientes durante a reabilitação cardíaca. Os pacientes e respectivos parceiros/cônjuges têm a vida sexual afetada, principalmente pela falta de orientações profissionais sobre a prática sexual após o evento cirúrgico, conduzindo-os à incerteza e ao medo de viver sua sexualidade com segurança, já que a cirurgia e a recuperação não impedem de o casal ter uma vida sexual ativa e normal. A fala de um dos pacientes confirma a descrição anterior:

Não, nunca, não, nesses tempos em que estive internado, e mesmo depois, eu nunca recebi orientações, se posso praticar ou se não posso praticar, nada disso foi orientado, eu é que, de acordo com as circunstâncias, eu praticava ou não praticava e pronto!, ficou nisso. H3

Adaptando-se aos novos hábitos alimentares

Para ambos os gêneros, as dificuldades para a mudança dietética são maiores no início do processo de recuperação e de reabilitação. Os hábitos alimentares são moldados aos poucos, dada a compreensão de ser importante para a recuperação/reabilitação do processo de cirurgia cardíaca, bem como para a prevenção da reincidência da doença aterosclerótica coronariana. Contudo, quando o assunto é a alimentação, o gênero feminino apresenta-se mais flexível para a adesão às recomendações de uma dieta equilibrada e saudável do que o gênero masculino.

Contata-se que, para a mulher que cozinha para si e/ou para a família, pensar e preparar uma alimentação mais saudável é mais fácil do que para os que dependem de outras pessoas para

esse preparo. Embora nem sempre os demais membros da família apreciem uma dieta com menos gordura e sal, principalmente. As depoentes do gênero feminino afirmaram:

A gente consegue se acostumar com os novos hábitos sim, eu já comia pouco sal. Para preparar o frango, nem uso azeite. Tem que cuidar. A gente consegue sim, consegue. É só a gente se acostumar. M4

A maior dificuldade no início é adequar a alimentação, porque meu marido, por exemplo, gosta de comida mais gordurosa e mais temperada, e preparo o que eles gostam. E vou consumir o meu. Às vezes enjoa, sabe? Mas me controlo. M6

Conforme dados deste estudo, o gênero masculino preocupa-se menos com a necessidade de mudanças de hábitos alimentares do que o gênero feminino, mesmo (re)conhecendo os riscos à saúde inerentes a uma alimentação não adequada. Logo, alguns pacientes do sexo masculino mostram-se insistentes nos hábitos alimentares considerados inadequados para a prevenção ou para reincidência da doença aterosclerótica. Alimentos contraindicados para a prevenção ou tratamento de doenças como hipertensão, diabetes e outras doenças são consumidos sem cautela, como asseveram os depoimentos, quer da esposa de um paciente do gênero masculino, quer de um próprio paciente deste gênero:

Ele quer todas as docuras, não pode ver chocolate, não pode ver este tipo de coisa, a diabetes também... Ele quer comer o dia inteiro. Diabético não pode comer o dia inteiro... é só algumas horas. FH3

Eu sou esganado, entendeu? Eu não consigo comer pouco. Quando vou comer, percebo que já comi bastante, avancei demais. (...) Eu gosto de doces, de carne assada. Gosto de beber demais também. H4

Segundo este estudo, pacientes do gênero masculino comumente apresentam-se resistentes para abandonar o consumo de alimentos considerados prazerosos, ricos em gorduras saturadas e açúcares, por exemplo. No entanto, a esposa e a família mostram-se importantes nesse processo de mudança de hábitos alimentares, quer para promover a mudança quer para ignorá-la.

Significando mudanças frente à ocupação/profissão

As depoentes que representam o gênero feminino, neste estudo, eram, em sua maioria, mulheres que não exerciam atividade profissional formal. Eram do lar e seus afazeres consistiam na manutenção e cuidados do lar para a família ou para si. Essas mulheres discursavam que, em decorrência da cirurgia, não podiam mais exercer as mesmas atividades domésticas antes realizadas, e que outras pessoas, geralmente familiares, as fariam em seus lugares, como elucida a fala:

Minha filha vai estar lá comigo. (...) Ela que vai cuidar da casa, vai fazer o mais pesado. O que eu não posso mais fazer. H4

Outras mulheres que, antes da cirurgia, mantinham atividade formal ou informal de trabalho, relataram ter que cessar as atividades laborais, em razão da impossibilidade de retorno às mesmas atividades, provavelmente devido ao emprego de demasiado esforço físico e ou estresse, o que desencadeou sentimento de inutilidade. A fala confirma:

Só trabalhava, minha vida era trabalhar. E aí, depois de dois anos de cirurgia, já me aposentaram. Aposentadoria total e permanente, e... Aí eu me senti inútil depois da cirurgia. Eu penso que eu posso fazer o que eu fazia antes, quando eu estou bem, entendeu? E aí, quando eu sinto dor, lembro que não, que eu devo parar. M1

Ela fica triste de ter que parar de trabalhar. Percebo minha mãe muito triste, se sentindo inútil. Mas ela sabe que é pro bem dela. FM8

O gênero masculino também encontra dificuldade para desvincular-se totalmente da vida ocupacional/profissional. Embora os homens sejam conhecedores dos possíveis riscos e das possíveis complicações vinculadas ao estresse da ocupação ou da profissão, ainda insistem em não abandonar o trabalho e continuam executando suas atividades laborais como anteriormente à cirurgia, conforme aponta o depoimento:

Eu sentia vontade de voltar à ativa... Com alguma dificuldade... Mas, no decorrer do tempo eu descobri que bom mesmo, igual era antes, não iria ficar mais. Então, eu tinha que administrar a minha doença, sendo assim eu voltei a trabalhar, mas o meu trabalho era muito estressante, eu era prestador de serviço. Então, tinha aqueles compromissos, eu tinha dificuldade, mas continuei trabalhando. H3

Ambos os gêneros sexos apresentam dificuldades para desvincular-se de suas atividades laborais. O gênero sexo feminino relata o sentimento de inutilidade, porém compreende a necessidade de readequar suas atividades, a fim de atender as recomendações necessárias para um viver saudável. O gênero masculino, por sua vez, apresenta necessidade de manter-se ativo, como em momento anterior à cirurgia, sem adequações e limitações para assegurar a saúde e evitar novas recorrências da doença, uma vez que ainda é identificado o exercício de atividade laboral geradora de estresse.

DISCUSSÃO

A necessidade de realização de uma cirurgia possibilita o surgimento de inúmeros sentimentos no indivíduo, como a

ansiedade, sentimento que pode ocasionar piora da condição clínica do paciente^{2,13}. O medo atua de forma negativa perante a CRM, compreendido como uma emoção essencialmente negativa^{2,14,15}. Neste sentido, observa-se a importância do cuidado emocional aos indivíduos que vivenciam a espera do processo cirúrgico, independentemente do gênero, considerando suas necessidades e expectativas, pois os mesmos podem sentir-se fragilizados no decorrer do processo.

Comumente, os pacientes referem medo após compreender a cirurgia como procedimento necessário para determinado tratamento^{2,7}. Porém, neste estudo, para o gênero masculino, em vez do medo, predomina a ansiedade diante da necessidade de cirurgia como possibilidade de cura. Isso se deve ao fato de que os homens ainda são historicamente e socialmente caracterizados e cobrados pela figura viril, forte, invulnerável e de provedor que representam. O medo denota comportamento contrário ao que lhe é socialmente aceito, repercutindo diretamente nos hábitos de vida e saúde do indivíduo^{1,16}. Por outro lado, os sentimentos de medo e ansiedade estão muito próximos e relacionam-se aos sentimentos e distúrbios psicológicos que podem emergir dos pacientes durante o processo cirúrgico^{2,5}. No que tange aos participantes do gênero feminino, ainda sobre a espera da cirurgia cardíaca, ficou evidente que muitas mulheres recorrem à espiritualidade a fim de fortalecer o enfrentamento do processo cirúrgico e sustentar à esperança pela cura. É por meio da impossibilidade de controle de uma situação e frente ao inesperado que há uma maior busca pela fé e pela espiritualidade, por ambos os gêneros². Todavia, neste estudo, nota-se que a manifestação de fé pelo gênero feminino foi mais explícita.

Após a realização da CRM, algumas mudanças e readequações no estilo de vida dos indivíduos tornam-se necessárias para facilitar o enfrentamento pós-cirúrgico, as quais representam uma possibilidade para a manutenção da saúde e configuram-se como um grande desafio para o paciente^{14,17}. Neste âmbito, no que concerne aos aspectos relacionados ao lazer, os participantes do gênero feminino possuem maior rede de interação social, com atividades de lazer já praticadas desde antes da CRM e outras inseridas após a cirurgia, sem restrições de locais ou companhias. A busca de novas formas de lazer e de entretenimento também pode ser entendida como fuga da rotina.

Em contrapartida, para os participantes do gênero masculino, a manutenção dos mesmos hábitos de lazer anteriores à cirurgia pode ser considerada como fator de risco para a reincidência da doença, pois as atividades de lazer estavam atreladas a comportamentos não saudáveis, como a ingestão abusiva de alimentos ricos em gorduras e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Por fim, para evitar os hábitos não saudáveis, os participantes do gênero masculino optam pelo isolamento social. Readequações quanto aos hábitos de lazer também são necessárias, pois visam à reintegração social do indivíduo. Todavia, mudanças e escolhas drásticas, como o isolamento social, entre outros sintomas provenientes e/ou precursores da depressão, podem contribuir com a diminuição da resposta efetiva do sistema imune, refletindo diretamente

na saúde cardiovascular¹⁵. Nesse sentido, as relações sociais contribuem de forma significativa para a qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos à CRM, refletindo positivamente principalmente no aspecto psicológico^{5,15}. Assim, a busca por novas opções de interação social, lazer e entretenimento torna-se um importante recurso para a saúde emocional dos indivíduos em processo de recuperação.

Referente à aquisição de hábitos alimentares saudáveis, os participantes do gênero feminino desvelaram maior flexibilidade para atender as orientações dietéticas da equipe de enfermagem e de saúde, assim como em outros estudos realizados^{17,18}. Esta flexibilidade está relacionada à estreita relação da figura feminina com o preparo de alimentos, e à frequente associação por parte do gênero feminino do consumo de alimentos saudáveis à saúde¹⁹. Sob outra perspectiva, os participantes do gênero masculino apresentam maior resistência em relação à adesão de dietas prescritas ou recomendadas pelos profissionais que acompanham a sua reabilitação e, por consequência, persistem utilizando hábitos alimentares prejudiciais à saúde. Os homens se importam e cuidam menos da saúde em relação às mulheres^{17,18}, devido a preconceitos sociais e também por sua maior vinculação ao trabalho¹⁹.

Nota-se que o gênero feminino se mostra mais flexível para compreender o processo de recuperação e buscar adaptações e estratégias que atendam às necessidades do homem e da mulher como seres biológicos e como casal. No entanto, a compreensão só será mútua e haverá adaptações consensuais para uma vida sexual saudável e ativa, se houver abertura para o diálogo sobre um assunto ainda pouco discutido pelos casais, *a priori*, os mais idosos.

Considerando a epidemiologia das doenças cardiovasculares no país nas últimas décadas, houve redução da taxa de mortalidade, especialmente nas Regiões Sul e Sudeste, em pacientes acima dos 60 anos²⁰. Este fato deve-se notadamente aos avanços da saúde no tratamento dessas doenças, principalmente por meio da CRM²¹.

Dessa forma, a idade avançada da população deste estudo consolida o tradicional papel do homem e da mulher na sociedade no que se refere às simbologias, seja do homem vinculado ao trabalho e/ou da mulher a atividades do lar, além de outras dimensões socialmente e historicamente construídas^{1,16}.

Inúmeros fatores podem influenciar na qualidade de vida sexual, tais como mudanças e alterações fisiológicas, disfunções induzidas pelos medicamentos, além do impacto emocional decorrente da doença cardíaca, do processo cirúrgico, da recuperação e da reabilitação cardíaca. Além disso, há uma tendência dos pacientes submetidos à cirurgia revascularização cardíaca em mudarem suas atitudes em relação à prática sexual, evitando-a ao longo do processo de recuperação e reabilitação e comprometendo a sua qualidade⁵. Ainda que os indivíduos do gênero masculino apresentem incômodo com o prejuízo na qualidade das relações sexuais, após a cirurgia, a temática sexualidade não é abordada na alta hospitalar e nas consultas médicas de retorno, nem pelos pacientes, nem pelos profissionais. Quando

abordada pelos profissionais, é realizada de forma superficial, ou seja, sem ir ao encontro das necessidades destes pacientes^{4,22,23}.

Nesse sentido, considera-se a relevância da orientação sobre sexualidade como um cuidado de enfermagem ao paciente cardíaco cirúrgico, cabível e inerente ao enfermeiro, na ocasião que precede a alta hospitalar. As orientações sobre a sexualidade, assim como sobre as demais dimensões de cuidado, podem se estender no nível ambulatorial, de forma que todas as dúvidas dos pacientes sejam esclarecidas, implicando efetivamente no processo de recuperação e reabilitação destes indivíduos.

No que diz respeito aos aspectos relacionados às atividades ocupacionais e profissionais, tanto os participantes do gênero feminino, quanto os participantes do gênero masculino, apresentaram dificuldade para assimilar a necessidade de restringir ou abolir as atividades desenvolvidas anteriormente à doença e tratamento cirúrgico. Nota-se que alguns participantes do gênero feminino se desligaram ou buscaram uma readequação de suas atividades ocupacionais. Todavia, alguns participantes do gênero masculino, mesmo reconhecendo os riscos que as atividades inerentes à ocupação traziam à sua saúde, permaneceram desenvolvendo-as. Há múltiplos fatores relacionados ao retorno das atividades ocupacionais e profissionais realizadas pelos pacientes antes da doença e tratamento, mesmo que estas estejam relacionadas a fatores de risco como estresse e esforço físico. O trabalho confunde-se para o homem, por uma associação histórica e social como sua identidade e essência, em conformidade ao seu papel de provedor da família^{14,16}, sendo estes importantes fatores que propulsionam o retorno às atividades laborais, além da dependência financeira, uma vez que outros aspectos da vida estão intimamente ligados ao dinheiro^{4,14,22,24}. É comum o retorno às atividades laborais de pacientes acometidos por doenças cardiovasculares e submetidos à CRM, o que é saudável de acordo com diversos pontos de vista. Por outro lado, o impasse entre manter ou cessar as atividades profissionais também está intimamente ligado a fatores como: idade, papel social e familiar, condição socioeconômica da família, situação clínica, grau de escolaridade, qualificação profissional, recomendações da equipe de saúde, lazer, entre outros²⁴.

Elucida-se que a enfermagem, em suas ações e atitudes de cuidado ao paciente que vivencia o processo de revascularização cardíaca, pode tornar a experiência cirúrgica do paciente positiva, reduzir os riscos de complicações e possibilitar uma adequada recuperação ao favorecer o enfrentamento do processo cirúrgico pelo mesmo através de uma abordagem individual, que considere o contexto em que este está inserido, as suas experiências anteriores ao processo cirúrgico, valorizando-o como um sujeito singular, repleto de medos, anseios e expectativas^{7,14,25}. O enfermeiro, além de estabelecer estratégias para minimizar os riscos de um novo evento cardiovascular, pode auxiliar o paciente e seus familiares a traçarem objetivos possíveis de serem alcançados dialogando com questões relativas ao complexo e amplo conceito de gênero. Essas estratégias e objetivos devem envolver o indivíduo cuidado em sua singularidade, e a sua família, de forma a estimulá-los a atingir as metas planejadas²⁶.

Conforme dados deste estudo, os enfermeiros e demais profissionais de saúde que cuidam de pacientes que realizaram revascularização cardíaca devem estar atentos aos elementos apresentados na perspectiva de gênero aqui discutidos, para adequar e contribuir positivamente no processo de reabilitação e recuperação destes indivíduos, respeitando o tempo e as limitações individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que homens e mulheres que se submeteram a CRM experienciaram vivências distintas, considerando a perspectiva de gênero. Essas evidências estão sustentadas pelas categorias: vivenciando a espera pela cirurgia; significando o lazer antes e depois da cirurgia; percebendo a sexualidade após a cirurgia; adaptando-se aos novos hábitos alimentares; e significando mudanças frente à ocupação/profissão.

Ainda que o estudo se restrinja a um grupo de depoentes em sua maioria idosos, limitados a uma única instituição estudada, observou-se que há significativa diferença na forma que o gênero masculino e o feminino lidam com as experiências vinculadas ao processo de viver a CRM. Por essa razão, os enfermeiros devem considerar a perspectiva de gênero na gerência do cuidado de enfermagem a homens e mulheres, para melhor planejar as orientações e cuidados, desde a espera pela cirurgia até a reabilitação do paciente, a fim de criar estratégias mais eficazes e próximas das realidades de cada indivíduo.

Assim, conclui-se que o enfermeiro, em suas orientações e cuidados, de acordo com a perspectiva de gênero, pode favorecer o paciente que experiência o processo cirúrgico cardíaco, atuando nos múltiplos aspectos que envolvem o cuidado do ser humano, principalmente nos identificados neste estudo, quais sejam: explorar sentimentos de ansiedade na população masculina e de medo da morte na população feminina, durante a espera pela cirurgia; fortalecer o exercício da espiritualidade, evidenciado como mais presente em pacientes do gênero feminino; incentivar a prática de lazer saudável e auxiliar na identificação de novas práticas de lazer que promovam a recuperação e reabilitação cardíaca, evitando o isolamento social, observado no gênero masculino; abordar o tema sexualidade para identificar prejuízos vivenciados na prática sexual, de ambos os gêneros, promovendo e assegurando a qualidade da vida sexual após a CRM; orientar e incentivar os indivíduos à aquisição de hábitos alimentares saudáveis, em especial os do gênero masculino; estimular o retorno das atividades ocupacionais e profissionais e/ou auxiliar o paciente a perceber necessidade de adequações, quando a ocupação ou profissão estiver associada a fatores de risco, principalmente, na população masculina.

REFERÊNCIAS

1. Gomes, F, Couto MT. Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud colect.* 2014;10(3):353-63.
2. Quintana JF, Kalil RAK. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicol. hosp. (São Paulo).* 2012;10(2):17-32.
3. Custódio FM, Gasparino RC. Qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *REME.* 2013;17(1):126-35.
4. Djurović A, Marić D, Brdareski Z, Konstantinović L, Rafajlovski S, Obradović S, Ilić R, Mijailović Z. Sexual rehabilitation after myocardial infarction and coronary bypass surgery: Why do we not perform our job? *Vojnosanit. pregl.* 2010;67(7):579-87.
5. Silva LDC, Linhares NS, Dias RS, Silva EL. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: revisão sistemática. *J Manag Prim Health Care.* 2012;3(2):96-101.
6. Kendel F, Dunkel A, Muller-Tasch T, Steinberg K, Lehmkühl E, Hetzer R, Regitz-Zagrosek V. Gender Differences in Health-Related Quality of Life After Coronary Bypass Surgery: Results From a 1-Year Follow-Up in Propensity-Matched Men and Women. *Psychosomatic Medicine.* 2011;73(3):280-5.
7. Alam M, Lee VV, Elayda MA, Shahzad SA, Yang EY, Nambi V, Jneid H, et al. Association of gender with morbidity and mortality after isolated coronary artery bypass grafting. A propensity score matched analysis. *Int J Cardiol.* 2013 jul;167(1):180-4.
8. Maya AMS. Cirurgia: entre la angustia y la alegría a la vez. *Aquichan.* 2011;11(2):187-98.
9. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GM de M, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(1):8-13.
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
11. Herdy AH, López-Jiménez F, Terzic CP, Milani M, Stein R, Carvalho T, et al. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. *Arq. bras. cardiol.* 2014;103(2):Supl.1.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Inf Epidemiol SUS.* 1996;5(2):14-41.
13. Erdmann AL, Lanzoni GM de M, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013 jan/fev;21(1):332-9.
14. Callegaro GD, Koerich C, Lanzoni GM de M, Baggio MA, Erdmann AL. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. *Rev. gauch. enferm.* 2012;33(4):149-56.
15. Ho RCM, Neo LF, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A. Research on psychoneuroimmunology: does stress influence immunity and cause coronary artery disease? *Ann Acad Med Singapore.* 2010 mar;39(3):191-6.
16. Machin R, Couto MT, Silva GSN da, Schraiber LB, Gomes R, Santos FW dos, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16(11):4503-12.
17. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation.* 2011 nov;124:2145-54.

18. Janković J, Marinković J, Stojisavljević D, Erić M, Vasiljević N, Janković S. Sex inequalities in cardiovascular health: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*. 2016 feb;26:152-8.
19. Teixeira BA. Caracterização dos fatores de escolha e compra de Frutas e Hortaliças pela população adulta do Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.
20. Eurostat Statistics Explained - OCDE. Causes of death statistics. Luxembourg. [cited em 2016 Jun 23]. Available: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pt
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Brasil. 2013;[citado 2016 Jun 23]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>
22. Reese JB, Shelby RA, Taylor KL. Sexual quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychol Health*. 2012;27(6):721-36.
23. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(5):587-96.
24. Bergvik S, Sørli T, Wynn R. Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work. *Br J Health Psychol*. 2012;17(3):596-608.
25. Duarte S da CM, Stipp MAC, Mesquita MG da R, Silva MM da. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Esc Anna Nery*. 2012 out/dez;16(4):657-65.
26. Ariza Olarte, Claudia. Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. *Av. enferm*. 2010;28(1):129-42.