

Estresse e *coping* em familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca

Stress and *coping* among patients' relatives in the transoperative of cardiac surgery

Estrés y *coping* de los familiares de los pacientes en el transoperatorio de cirugía cardíaca

Graciele Locatelli Martins¹, Fernanda Duarte Siqueira², Eliane Raquel Rieth Benetti³, Joseila Sonogo Gomes⁴, Vivian Lemes Lobo Bittencourt⁵, Eniva Miladi Fernandes Stumm⁶.

Como citar este artigo:

Martins GL; Siqueira FD; Benetti ERR; et al. Estresse e *coping* em familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Fund Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4704-4710. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4704-4710>

Elaborado a partir do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem intitulado “Estresse e coping em familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca”, 2013, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

Objective: to evaluate stress and *coping* among relatives of patients in the perioperative cardiac surgery. **Method:** it is a quantitative, analytical and cross-sectional study developed in a postage hospital IV, with 53 relatives waiting in the waiting room of the surgical center. Data were collected between March and April 2013 through a socio-demographic questionnaire and Symptom Inventory of Stress and Coping Inventory of Jalowiec. A Research Ethics Committee, approved the research project, number 198.527. **Results:** 60% are women, aged between 18 and 58 years old, married, with children, catholic, most of them daughters of patients. As for the stages of stress, 60% were in the intermediate phase and the majority used the sustentativo *coping* style. **Conclusion:** the results may support health professionals - researchers and managers - and mobilize integrated actions towards qualified assistance in the perioperative, with emphasis on care to patients and families.

Descriptors: psychological stress; psychological adaptation; family; thoracic surgery; nursing.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: graciele.martins@unijui.edu.br.

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/UNIJUI. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: nandadu29@hotmail.com.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: elianeraquelr@yahoo.edu.br.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: joseila.sonogo@unijui.edu.br.

⁵ Enfermeira. Mestranda em Atenção Integral à Saúde na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Hospital Unimed Noroeste RS. Rio Grande do Sul, Brasil. Email: vivillobo@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Ciências - Enfermagem. Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eniva@unijui.edu.br.

RESUMO

Objetivo: avaliar estresse e *coping* de familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizada em um hospital porte IV, com 53 familiares que aguardavam na sala de espera do centro cirúrgico. Os dados foram coletados em março e abril de 2013, por meio de formulário de dados sociodemográficos e Inventário de Sintomas de *Stress* e Inventário de *Coping* de Jalowiec. Projeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética, Parecer nº 198.527. **Resultados:** 60% são mulheres, idade entre 18 a 58 anos, casadas, com filhos, católicas, sendo que a maioria é composta de filhas dos pacientes. Quanto às fases de estresse, 60% se encontravam na fase intermediária e o estilo de *coping* mais utilizado foi o sustentativo.

Conclusão: os resultados podem subsidiar profissionais da saúde, pesquisadores e gestores, mobilizar ações integradas visando qualificar a assistência no perioperatório, com ênfase no cuidado aos pacientes e familiares.

Descritores: estresse psicológico; adaptação psicológica; família; cirurgia torácica; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el estrés y afrontamiento de los familiares de los pacientes en transoperatorio de cirugía cardíaca. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollado en un hospital del tamaño IV, con 53 familiares esperando en sala de espera del centro quirúrgico. Los datos fueron recogidos entre marzo y abril de 2013 con formulario sociodemográfico, Inventario de Síntomas de Estrés y Inventario de *Coping* de Jalowiec. El Comité de Ética en Investigación aprobó el proyecto, número 198.527. **Resultados:** 60% son mujeres, entre 18 y 58 años de edad, casadas, con hijos, católicas, y la mayoría es compuesta por hijas de los pacientes. En cuanto las etapas de estrés, 60% se encontraba en fase intermedia y el estilo de afrontamiento más utilizado fue sustentativo.

Conclusión: los resultados pueden apoyar a los profesionales de la salud, investigadores y gestores, movilizar acciones integradas para la asistencia de clasificación en el perioperatorio, con énfasis en la atención a pacientes y familiares.

Descriptor: estrés psicológico; adaptación psicológica; familia; cirugía torácica; enfermería.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) se constituem em uma das principais causas de morte no mundo e integram as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). No Brasil, elas são consideradas uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações, pois o ônus econômico dessas doenças tem crescido exponencialmente nas últimas décadas.¹

As DCVs apresentam caráter de cronicidade e podem ser tratadas clínica ou cirurgicamente.² O tratamento tem como objetivo restabelecer a capacidade funcional do coração, a fim de diminuir os sintomas e proporcionar ao indivíduo o retorno às suas atividades normais.² Neste contexto, embora o tratamento clínico das cardiopatias tenha progredido e a abordagem minimamente invasiva encontre-se em rápida expansão, a cirurgia cardíaca é a intervenção de escolha em muitos casos.

As DCVs podem causar impacto na vida dos pacientes e dos familiares, diante das inúmeras intervenções diagnósticas e tratamentos invasivos que se fazem necessários. A confirmação da doença na família desestrutura e afeta o cuidado com todos os demais componentes, pois a família é um sistema interligado em que cada um de seus membros exerce influência sobre os demais.³

Além disso, o pós-operatório (PO) de cirurgias cardíacas é marcado pela instabilidade do quadro clínico do paciente, repleto de particularidades, principalmente por se tratar de um período de cuidado crítico.² Dessa forma, do mesmo modo que o paciente precisa de cuidados, o familiar também necessita ser assistido. As angústias, medos e incertezas dos familiares desafiam o enfermeiro para lidar com a situação.⁴ Destarte, é importante que o enfermeiro mantenha a interação, conheça e realize uma abordagem adequada para os familiares, de maneira que ocorra uma relação de confiança, e que se torne, gradativamente, uma referência para família e paciente.

Por ser um procedimento invasivo, os pacientes que se submetem a cirurgia cardíaca necessitam de cuidados intensivos da equipe multiprofissional no perioperatório. Todo e qualquer procedimento cirúrgico deve ser considerado de risco devido à agressão sofrida pelo organismo humano. Por essa razão, cabe à equipe considerar que a cirurgia cardíaca irá mexer com o “centro da vida” e, portanto, a família envolvida nesse contexto terá fantasias e medos ligados à morte, violação interior, superstições e inseguranças.⁵ A forma de abordagem da equipe irá contribuir para a obtenção de resultados satisfatórios ou não, com resultados na taxa de morbi-mortalidade.

Os familiares dos pacientes aguardam notícias sobre o quadro clínico e esperam ansiosos para saberem como seu familiar está reagindo ao procedimento. Portanto, cabe a equipe de enfermagem manter a família informada sobre o andamento da cirurgia, de maneira a minimizar esses sentimentos - tais como medo, ansiedade, insegurança, estresse - bem como incluir a família no cuidado e na recuperação do paciente. Neste sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 17, prevê a responsabilidade e o dever de prestar adequadas informações ao paciente, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências quanto à assistência de enfermagem, possíveis riscos e consequências que possam ocorrer.⁶

A assistência aos familiares é importante, porque eles também avaliam a situação vivenciada pelo paciente como estressante e apresentam respostas cognitivas e comportamentais ao estresse. O estresse é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que taxo ou exceda a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social.⁷ Assim, diante de um estressor acontece a avaliação cognitiva, que é entendida como um processo mental de localizar cada evento ou situação em uma série de categorias avaliativas que estão relacionadas com o significado de bem estar do indivíduo.⁷ Nesse sentido, o *coping* é com-

preendido como um processo dinâmico e modulável, definido como uma mudança cognitiva e comportamental para manejar demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo.⁷

Assim, a partir dessas considerações, este estudo tem por objetivo avaliar estresse e *coping* de familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido em uma instituição hospitalar porte IV, com 53 familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. Esses familiares encontravam-se na sala de espera do centro cirúrgico e, ao aceitarem participar da pesquisa, foram conduzidos a um ambiente privativo, próximo à Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTIC), de maneira a favorecer o diálogo entre pesquisadora e pesquisado.

Participaram do estudo os familiares que atenderam aos critérios de inclusão, quais sejam: ser familiar de paciente que estava sendo submetido à cirurgia cardíaca, estar aguardando na sala de espera da UTIC ou do centro cirúrgico, ser maior de 18 anos de idade e aceitar participar do estudo.

Os dados foram coletados em março e abril de 2013 por meio de formulário de dados sociodemográficos, Inventário de Sintomas de Stress e Inventário de *Coping* de Jalowiec.⁸⁻⁹ A análise dos dados foi realizada com auxílio do software estatístico SPSS 15.0.

No Inventário de Sintomas de Stress cada familiar marcou os sintomas que sentia e o somatório foi obtido a partir da contagem de um (1) para cada sintoma referido. A forma como o instrumento foi construído possibilita que um mesmo sujeito seja classificado em mais de uma fase de estresse. Para efeitos de análise, em cada sujeito foi considerado o nível mais alto atingido para sua classificação da seguinte forma: um somatório maior ou igual a oito sintomas classifica o familiar na fase de Exaustão; um somatório igual ou superior a cinco, classifica o familiar na fase Inicial do estresse e um somatório igual ou maior que três classifica o familiar na fase Intermediária do estresse. As fases do estresse, conforme este inventário são: F0 - Eustresse ou Estresse Positivo; F1 - Fase Inicial do Estresse ou Fase de Alerta; F2 - Fase Intermediária ou Fase de Resistência do Estresse; F3 - Fase Final do Estresse ou Fase de Exaustão.

O Inventário de *Coping* de Jalowiec compreende 60 afirmações que, para análise, são divididas em oito estilos de *coping*: confrontivo (confronta o problema diretamente – 10 itens), evasivo (evita o problema – 13 itens), otimista (tem pensamentos positivos – 9 itens), fatalista (desesperança em relação ao problema e pessimista – 4 itens), emotivo (responde emocionalmente – 5 itens), paliativo (passa pelo problema fazendo coisas que se sinta melhor – 7 itens), sustentativo (utiliza suportes para enfrentar problemas – 5 itens), e autoconfiante (uso de estratégias que envolvem seus próprios recursos – 7 itens). Para análise dos dados se utili-

zou a pontuação relativa, resultante da soma dos valores de todos os itens pontuados dentro da subescala, dividido pelo número de itens da mesma (pontuação de meio). A seguir, foram comparadas as pontuações relativas de cada subescala, a que apresentou maior pontuação foi considerada como estilo de *coping* mais utilizado.

O desenvolvimento deste estudo atendeu aos preceitos éticos conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Parecer Consubstanciado nº 198.527, sendo que todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas dos 53 familiares de pacientes que estavam em procedimento cirúrgico.

Tabela 1: características sociodemográficas dos familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. Rio Grande do Sul (RS), 2013.

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	34	64,2
Masculino	19	35,8
Idade		
18 --- 28anos	4	7,5
28 --- 38anos	17	32,1
38 --- 48 anos	14	26,4
48 --- 58 anos	10	18,9
58 anos ou mais	8	15,1
Estado Civil		
Casado(a)	32	60,4
Solteiro(a)	18	34,0
Viúvo(a)	2	3,8
Divorciada	1	1,9
Escolaridade		
Fundamental completo	7	13,2
Fundamental incompleto	21	39,6
Médio completo	11	20,8
Médio incompleto	4	7,5
Superior completo	5	9,4
Superior incompleto	5	9,4
Religião*		
Católica	29	54,7
Evangélica	13	24,5
Outra	10	18,9
Filhos		
Sim	37	69,8
Não	16	30,2
Número de filhos*		
Um	8	15,1
Dois	17	32,1
Três	4	7,5
Quatro	3	5,7
Cinco ou mais	4	7,5

Característica	N	%
Grau de parentesco com o paciente		
Filha	15	28,3
Filho	12	22,6
Esposa	11	20,8
Esposo	4	7,5
Irmã	3	5,7
Irmão	2	3,8
Outros	6	11,3

Fonte: dados da pesquisa.

* n=52

Em relação aos dados sociodemográficos dos familiares mais da metade era do sexo feminino, sendo que em relação ao grau de parentesco com o paciente, 28,3% eram filhas.

A seguir, na Tabela 2 estão apresentados os resultados referentes aos estilos de *coping* utilizados pelos pesquisados no momento em que seus familiares estavam sendo submetidos à cirurgia cardíaca.

Tabela 2: distribuição da pontuação relativa dos estilos de *coping* dos familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. Rio Grande do Sul (RS), 2013.

Estilos de <i>coping</i>	Mais utilizaram		Menos utilizaram	
	N	%	N	%
Sustentativo	27	50,94	-	-
Otimista	8	15,09	-	-
Confrontivo	8	15,09	1	1,89
Autoconfiante	1	1,89	-	-
Evasivo	-	-	1	1,89
Fatalista	-	-	30	56,60
Emotivo	-	-	15	28,30
Paliativo	-	-	2	3,77
Otimista e Sustentativo	2	3,77	-	-
Confrontivo e Sustentativo	2	3,77	-	-
Sustentativo e Autoconfiante	1	1,89	-	-
Confrontivo e Otimista	1	1,89	-	-
Confrontivo, Otimista e Sustentativo	3	5,66	-	-
Evasivo e Fatalista	-	-	1	1,89
Fatalista e Paliativo	-	-	2	3,77
Confrontivo e Emotivo	-	-	1	1,89
Total	53	100,00	53	100,00

Fonte: dados da pesquisa.

Nesse estudo 50,94% dos familiares utilizaram o estilo de *coping* Sustentativo, no qual a pessoa utiliza sistemas de suporte pessoal, profissional e espiritual para enfrentar o problema, e 15,09% o Otimista e o Confrontivo, respectivamente.¹¹

O estilo de *coping* Otimista foi utilizado com uma frequência representativa (15,9%) pela população.¹² Na mesma frequência, o *coping* Confrontivo foi utilizado por 15,9% dos familiares.

Sequencialmente, na Tabela 3 é apresentado o cruzamento dos estilos de *coping* conforme as fases de estresse em que os familiares pesquisados se encontravam.

Tabela 3: pontuação relativa dos estilos de *coping* conforme as fases de estresse dos familiares pesquisados de um hospital geral/RS (n=53). Rio Grande do Sul (RS), 2013.

Estilos de <i>coping</i>	Fases do Estresse				Total n(%)
	Eustresse n(%)	Fase Inicial n(%)	Fase Intermediária n(%)		
Sustentativo	8(15,1)	4(7,5)	15(28,3)	27(50,9)	
Otimista	5(9,4)	-	3(5,7)	8(15,1)	
Confrontivo	2(3,8)	1(1,9)	5(9,4)	8(15,1)	
Autoconfiante	-	-	1(1,9)	1(1,9)	
Otimista e Sustentativo	-	-	2(3,8)	2(3,8)	
Confrontivo e Sustentativo	-	-	2(3,8)	2(3,8)	
Sustentativo e Autoconfiante	-	-	1(1,9)	1(1,9)	
Confrontivo e Otimista	1(1,9)	-	-	1(1,9)	
Confrontivo, Otimista e Sustentativo	-	-	3(5,7)	3(5,7)	

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto às fases de estresse em que os familiares dos pacientes se encontravam naquele momento, 60,5% se encontravam na Fase Intermediária ou de Resistência do Estresse, 30,2% na Fase Eustresse ou Estresse Positivo e 9,4% na Fase Inicial ou de Alerta. Nenhum familiar encontrava-se na Fase Final de Estresse ou de Exaustão.

DISCUSSÃO

Mais da metade dos dados sociodemográficos dos familiares foi composta por indivíduos do sexo feminino, sendo que 28,3% eram filhas dos pacientes. Nesse aspecto, historicamente, o papel da mulher é de cuidadora, iniciando pela casa, filhos, marido e demais membros da família.¹³ Quando os mesmos adoecem, a responsabilidade de cuidado é dela e esse ato é visto como um gesto de caridade. Nesse sentido, um estudo descritivo-exploratório, qualitativo, fenomenológico, no período de junho a julho de 2010, com 15 cuidadores familiares de idosos dependentes, assistidos pela Pastoral da Pessoa Idosa do Bairro Neva - Cascavel-PR - mostrou que 86,67% eram mulheres, o que corrobora com os resultados desse estudo.¹⁴

O cuidado a um enfermo, tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar, não é distribuído igualmente entre os membros da família, sendo que geralmente uma pessoa

assume a maior responsabilidade e torna-se o principal cuidador. E, esse perfil de cuidadoras do sexo feminino é uma realidade em diferentes países, como apontado por estudo realizado em Tarragona, Espanha. Tal estudo revela que as mulheres assumem principalmente o papel de cuidadores familiares dos doentes, o que as coloca em situação de alta vulnerabilidade, estresse e incertezas, com necessidades de apoio em seu trabalho.¹⁵

Nesse contexto, destaca-se o papel da família - considerada peça chave no processo de recuperação do paciente submetido à cirurgia cardíaca - tanto no período de hospitalização quanto no pós alta, por traduzir-se como principal fonte de informações e vínculo afetivo com o enfermo, ajudando-o a enfrentar a insegurança e o estresse vivenciado. Esta relação terapêutica pode ser maximizada quando há um interesse, por parte dos profissionais de saúde, de valorizar a relação afetiva entre familiar e o paciente. Por tudo isso, a família é um elemento essencial para o qual os profissionais de saúde devem voltar sua atenção, pois o advento de uma doença e a consequente hospitalização de um de seus membros ativam suas necessidades.¹⁶

Ressalta-se a importância da equipe de enfermagem compreender a sua ação para além do paciente e incluir também o familiar em seu planejamento e processo de cuidar. Isso favorece uma participação mais efetiva nesse processo e possibilita o compartilhamento de informações que orientam o estabelecimento de ações centradas no seu entendimento como sujeito do processo.¹⁷ Nesse âmbito, o enfermeiro deve adotar estratégias capazes de reduzir as situações estressantes experimentadas pelos familiares durante a hospitalização, sendo que uma das estratégias consiste no apoio social - ferramenta que melhora o estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos, além de atuar como fator de proteção em situações diversas.¹⁸

Quanto às fases de estresse, 60,5% dos familiares dos pacientes se encontravam na Fase Intermediária ou de Resistência do Estresse, 30,2% na Fase Eustresse ou Estresse Positivo e 9,4% na Fase Inicial ou de Alerta. Nenhum familiar encontrava-se na Fase Final de Estresse ou de Exaustão.

No que se refere às fases de estresse em que os familiares dos pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca se encontravam, evidencia-se que 60,5% estavam na Fase Intermediária do Estresse, também nominada de Fase de Resistência ao Estresse. Esta fase caracteriza-se pelo fato de o organismo permanecer exposto a um estressor de grande intensidade, com isso ele tenta retornar a um estado de equilíbrio e podem surgir alguns sintomas, tais como: cansaço, irritabilidade, ansiedade, medo, isolamento social, oscilação do apetite, impotência sexual e alteração de humor.⁸

Diante disso, destaca-se a importância da atuação dos profissionais da saúde, com ênfase nos de enfermagem, no sentido de mobilizar ações com o intuito de minimizar os efeitos do estresse negativo e de prevenir danos à saúde desses indivíduos. Considera-se que a partir do momento em que a equipe multiprofissional, mais especificamente a

enfermagem, reconhece as necessidades dos familiares dos pacientes - bem como o estresse vivenciado por eles - ela estará apta a direcionar ações com vistas à minimização do estresse e, assim, qualificar a assistência.¹⁹

Em pesquisa que estudou a relação entre estresse e *coping* do cuidador informal do idoso em situação de dependência, foi verificada que a variável estresse relacionada à vida familiar e prestação de cuidados foi a que causou maior intensidade de estresse nos cuidadores, enquanto que a variável estresse relacionada com a vida social e econômica foi a que determinou menor intensidade de estresse.²⁰ Esse resultado demonstra que todos os aspectos da vida dos familiares e cuidadores devem ser observados pela equipe que cuida.

Após a cirurgia do paciente e seus familiares se deparam com uma nova rotina de vida, período que se faz necessário o acesso a todas as informações de forma clara e precisa sobre os novos hábitos de vida a serem adotados, pois uma recuperação inadequada do paciente pode estar diretamente relacionada à deficiência de informações prestadas.²¹ Ainda, como essa situação pode ser percebida também como estressora, por paciente e familiares, cabe ao enfermeiro a realização das orientações adequadas, a avaliação das orientações absorvidas e o nível de compreensão apresentado pelo paciente e seus familiares.

Diante de uma situação estressora o indivíduo utiliza de estratégias de *coping* para enfrentar a situação ou adaptar-se a ela. Nesse estudo, 50,94% dos familiares utilizaram o estilo de *coping* Sustentativo, no qual a pessoa utiliza sistemas de suporte pessoal, profissional e espiritual para enfrentar o problema e, 15,09% o Otimista e o Confrontivo, respectivamente.¹¹ Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa realizada na sala de espera das UTIs com 80 familiares de pacientes internados nesta unidade. Tal estudo mostrou que mais da metade eram (63,8%) mulheres, casadas e os estilos de *coping* mais utilizados foram o Sustentativo (57,7%) e o Otimista (17,5%) - os estilos menos utilizados foram o Fatalista (27,5%) e o Emotivo (15%).¹³

Referem-se ao estilo Sustentativo as estratégias em que há laços sociais e interconexões entre eles. Considerado como de integração social, este estilo está relacionado aos seguintes itens do Inventário de Jalowiec: “conversa sobre o problema com familiares ou com amigos”; “conversa sobre o problema com profissionais como o médico, enfermeira, professor, consultor”; “reza ou põe sua confiança em Deus”; “conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações similares” e “depende de outras pessoas para a obtenção de ajuda”.

Nesse sentido, considera-se que a utilização do *coping* Sustentativo viabiliza uma aproximação ao estressor, já que permite ao indivíduo buscar conhecimentos e dividir experiências, e, portanto, promover estratégias mais ativas na tentativa de diminuir o impacto do estressor.¹² Além disso, a espiritualidade pode ser um aspecto importante, visto que auxilia no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento ao imprimir algum significado a eles.²² Um bom

relacionamento com Deus ou a crença em um poder superior propicia o entendimento e a aceitação do sofrimento humano, independente da crença religiosa professada.

O estilo de *coping* Otimista foi utilizado com uma frequência representativa (15,9%) pela população. Este estilo refere-se à elaboração mental e comparações positivas na tentativa de amenizar as emoções oriundas de situações estressantes. Assim, são utilizados processos defensivos e de distanciamento do problema, estando a ação focada na regulação ou substituição do impacto emocional do estresse.¹² O *coping* Confrontivo foi utilizado por 15,9% dos familiares, o que significa que os familiares enfrentaram o evento estressor de forma combativa, confrontando-se com a situação estressora.

Considerados os estilos de *coping* prevalentes para a população do estudo (sustentativo, otimista e confrontivo), optou-se por analisá-los a partir do foco de ação proposto por Lazarus e Folkman, quais sejam: emoção e problema.⁷ Os oito estilos de *coping* propostos por Jalowiec podem ser classificados em *coping* com enfoque no problema (confrontivo, evasivo, sustentativo e autoconfiante) e *coping* com enfoque na emoção (emotivo, paliativo, otimista e fatalista). Na análise dos estilos de enfrentamento elencados pelos indivíduos deste estudo no manejo do estressor em questão, obteve-se um predomínio de *coping* focado no problema - dado positivo, pois demonstra que os familiares estão enfrentando os estressores na busca de minimizar o sofrimento.

A partir da análise dos resultados apresentados no cruzamento dos estilos de *coping* conforme as fases de estresse em que os familiares pesquisados se encontravam, infere-se que os estilos de *coping* utilizados pelos familiares foram efetivos; tendo em vista que os familiares se encontravam nas três primeiras fases do estresse e nenhum na fase final ou de exaustão. Diante desse resultado, destaca-se que os familiares utilizaram as estratégias de *coping* centradas no problema, porém utilizaram também as estratégias focadas na emoção. Assim, na escolha de uma estratégia ou de outra pode existir complementaridade, de modo que o *coping* focado na emoção possa facilitar o *coping* focado no problema por amenizar a tensão, enquanto que, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, e assim reduzir a tensão emocional.¹²

Neste prisma é importante que os profissionais de saúde observem as reações destes familiares, pois no momento do procedimento eles se encontram do lado de fora do centro cirúrgico e vivenciam uma situação concreta de ansiedade, dúvidas e medos, o que exige adaptação e possível resolução do problema. O estilo de *coping* mais utilizado pelos familiares, o sustentativo, traduz a demanda, a solicitação e a procura de ajuda. Dessa forma, o enfermeiro, tanto do centro cirúrgico quanto da UTI Coronariana, pode atuar no sentido de garantir esse suporte e identificar as necessidades. O enfermeiro pode atuar através por meio de diálogo, escuta e orientações que possam contribuir com o conhecimento e melhorar as habilidades requeridas por estes sujeitos para enfrentar uma situação estressora.

Neste aspecto, pontua-se a necessidade de viabilizar a interação com pacientes e familiares, uma vez que o trabalho em saúde é um exercício de escuta e atenção direcionado à integralidade do cuidado, com vistas à qualidade assistencial.²³ Diante dessa realidade, entende-se que o cuidado em saúde se desenvolve em um contexto no qual o relacionamento humano é fator preponderante, capaz de oferecer segurança e apoio emocional tanto aos pacientes quanto aos familiares.

CONCLUSÃO

Os familiares pesquisados vivenciaram o estresse e utilizaram estratégias de enfrentamento para melhor lidar com ele. Nesse sentido, é importante que os profissionais envolvidos no cuidado reconheçam isso e busquem assisti-los cientes de que, igualmente em relação aos pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca, os familiares necessitam ser cuidados.

O processo de *coping* refere-se à avaliação de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo. Assim, o enfermeiro pode ajudar o familiar minimizando os estressores e auxiliando-o na escolha de estratégias de *coping* mais resolutivas, que lhe permitam agir de maneira mais ativa em seu processo de acompanhar os pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca. Desta maneira, identificar e avaliar o estresse e *coping* dos familiares torna-se essencial para a enfermagem, no sentido de que esses resultados podem fundamentar a atuação desses profissionais para a implementação de uma assistência humanizada. Ou seja, uma assistência que vise atender pacientes e familiares em suas especificidades e promova bem estar dos mesmos.

A relevância dessa pesquisa está centrada na oportunidade de que os resultados obtidos subsidiem profissionais da saúde, pesquisadores e gestores, mobilizem ações integradas visando qualificar a assistência no perioperatório - com ênfase no cuidado aos pacientes e familiares. O enfermeiro pode realizar várias ações, dentre elas, rodas de conversa nas quais os participantes possam expor suas dúvidas, realizar questionamentos, oportunidade em que o enfermeiro pode informar as famílias sobre as condições dos pacientes, orientar a sua equipe sobre estresse, os danos que ele pode causar à saúde e, nesse contexto, destacar a importância de direcionar ações aos familiares. Os conhecimentos produzidos neste estudo reiteram a importância de ser desenvolvida uma assistência voltada não somente para o paciente, mas também para a sua família.

REFERÊNCIAS

- 1 Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. Características sociodemográficas de pacientes submetidos à revascularização miocárdica em um hospital de Fortaleza - CE. *Rev Rene*. 2009;10(3):37-43.
- 2 Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. The nursing care after cardiac surgery: a case study. *Rev Esc Anna Nery*. 2012;16(4):657-65.
- 3 Nascimento AN, Castro DS, Amorim MHC, Bicudo SDS. Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. *Cienc Cuid Saude*. 2011;10(4):789-94.
- 4 Brito DCS. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol Estud*. 2009;14(3):603-7.
- 5 Wottrich SH. "Manifestos do coração": significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos. Dissertação de mestrado. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
- 6 Brasil. Resolução COFEN 311/2007 [Internet]. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007; [updated 2013 Dec 8; cited 2013 Dec 8]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html
- 7 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- 8 Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. *Estudos Psicol*. 1994;11(3):43-9.
- 9 Jalowiec A. Jalowiec Coping Scale (revised). Chicago: Illinois; 1987.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- 11 Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:341-69.
- 12 Umann J, Guido LA, Linch GFC. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. *Cienc Cuid Saude* 2010 Jan/Mar; 9(1):67-73.
- 13 Dreffs FML, Stumm EMF, Winkelmann ER, Ubessi LD. Mecanismos de coping utilizados por familiares de pacientes em terapia intensiva. *Rev Ciênc Saúde*. 2013;6(1):52-8.
- 14 Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Rev bras geriatr gerontol*. 2012;15(2):255-64.
- 15 Ferré-Grau C, Casado MS, Cid-Buera D, LLeixà-Fortuño M, Monteso-Curto P, Berenguer-Poblet M. Caring for family caregivers: analysis of a family-centered intervention. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):89-96.
- 16 Santos QN. Estratégia de enfrentamento (coping) da família ante um membro familiar hospitalizado: uma revisão de literatura brasileira. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2013;21(2):40-7.
- 17 Valadares GV, Paiva RS de. Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: contribuições para enfermagem. *Rev Rene*. 2010;11(3):180-8.
- 18 Videres ARN, Vasconcelos TC, Oliveira DCL, Pimenta EF, Sampaio TC, Simpson CA. Fatores estressores e estratégias de coping de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas. *Rev Rene*. 2013;14(3):481-92.
- 19 Zanetti TG, Stumm EMF, Ubessi LD. Estresse e coping de familiares de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *R pesq cuid fundam online*. 2013;5(2):3608-19.
- 20 Rocha BMP, Pacheco JEP. Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):50-6.
- 21 Duarte SCM, Stipp MAC, Mesquita MGR, Silva MM. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):657-65.
- 22 Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):71-8.
- 23 Paim CC, Ilha S, Backes DS. Permanent education in health in an intensive care unit: the perception of the nurses. *J res fundam care online*. 2015;7(1):2001-10.

Recebido em: 02/02/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 21/12/2015
Publicado em: 15/07/2016

Autor correspondente:

Eniva Miladi Fernandes Stumm
Rua 20 de setembro, 902. – Centro, Ijuí, RS.
CEP: 98.700-000
E-mail: eniva@unijui.tche.br