

NECESSIDADES BÁSICAS DAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS, NA FASE AGUDA DO TRATAMENTO

Edna Ikumi Umebayashi Takahashi *
Carmem de Almeida da Silva **
Grazia Maria Guerra **

TAKAHASHI, E.I.U.; SILVA, C.A. da; GUERRA, G.M. Necessidades básicas das esposas de pacientes infartados, na fase do tratamento. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(1):177-192, abr. 1990.

Trata-se de um estudo exploratório que teve por finalidade identificar as necessidades básicas das esposas de pacientes infartados, na fase aguda do tratamento. Foi utilizado como referencial para análise os conceitos de Necessidades Básicas de Maslow. Os resultados permitiram identificar como principais necessidades afetadas das esposas: segurança, amor e gregária, estima.

UNITERMOS: *Infarto do miocárdio. Relações familiares.*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares têm sido em nosso meio uma das principais causas de mortalidade, ocupando o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) um papel cada vez mais significativo dentro desse quadro (LAURENTI, 1982; LOLIO & LAURENTI, 1986). Para MELTZER et alii (1984) e WIPPLE et alii (1980) a doença coronariana acomete as pessoas no apogeu de sua vida produtiva, onde os indivíduos estão em pleno desenvolvimento de atividades profissionais e sociais.

Tais fatos associados parecem propiciar em nosso meio, um estigma em relação ao IAM, como uma condição limitante ou doença incapacitante.

Em seu estudo com coronariopatias internados em Unidade Coronariana (UCo), GUERRA & SILVA (1988), constataram que a maioria da população é casada, o que implica que os indivíduos possuem família e essa constitui o elo de ligação entre o paciente e a sociedade. Para CHAVES & FABER (1987), a família é a unidade social mais importante ao indivíduo, e como tal constitui o parâmetro dentro do qual a doença ocorre e se resolve. Os mesmos autores consideram que um membro doente ganha força de outros membros da família. Entretanto, a in-

* Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

** Enfermeiras da U.C. do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

teração família-paciente é freqüentemente baseada em percepções situacionais que ambos não dividem, criando-se uma barreira e fazendo da visita uma fonte de stress.

Analisando aspectos da visita de familiares a coronariopatas, GUERRA & SILVA (1988) encontraram que a maioria dos visitantes são elementos da própria família, ressaltando filhos (39,2%) e esposas ou cônjuges (31,3%) como os familiares que mais estiveram presentes no horário de visitas. TAKAHASHI (1980) por sua vez, verificou que 25,7% dos pacientes receberam visitas de cônjuges e 17,2% receberam visitas de cônjuges acompanhados de outro familiar, o que caracterizou a presença do cônjuge como o visitante mais prevalente ao indivíduo acometido de IAM.

Para NYAMATHI (1987) a habilidade das esposas em lidar com seus companheiros doentes tem um impacto significativo não somente na saúde e funcionamento da família como também na adaptação física e emocional à doença cardíaca.

Acreditamos que esse importante papel a ser desempenhado pela esposa pode, no entanto, ser ameaçado pela própria doença e suas repercussões no seio familiar.

Assim, consideramos como NYAMATHI (1987) que o diagnóstico do IAM é percebido como uma ameaça ao bem-estar físico, pessoal e psicológico também pelos familiares. Para GAGLIONE (1984), em geral, a resposta da família à doença é caracterizada por choque que pode ser agravada pela sensação de morte. A mesma autora considera que a enfermeira tem o seu tempo e energia voltados para as modalidades terapêuticas, dando menor atenção à família. Desta forma, considera que a assistência aos membros da família requerem especial atenção assim como a terapêutica pois constituem o suporte do sistema de apoio ao paciente.

A identificação das necessidades básicas dos familiares é assim, um importante aspecto da assistência de enfermagem. Com base neste pressuposto, estabelecemos para o presente estudo os seguintes objetivos:

- Identificar a percepção das esposas de pacientes com IAM, quanto a doença, internação e tratamento do seu familiar;
- Identificar as expectativas das esposas de doentes infartados quanto a atuação do enfermeiro nessa área;
- Relacionar as necessidades básicas afetadas das esposas de pacientes com IAM, na fase aguda do tratamento.

METODOLOGIA

I — *População*: Consta de 30 esposas de pacientes com diagnóstico de IAM, entre o 3º ao 6º dia de internação em Unidade Coronariana de Hospital especializado em Cardiologia, no período de 11/04 a 12/06/89.

II — *Coleta de dados:*

a) **Processo:** Todas as esposas de pacientes com IAM foram contactadas, esclarecidas a respeito do estudo e solicitadas a participarem do mesmo. Após aceitação, aplicou-se o formulário em anexo (Anexo 1), tendo a entrevista ocorrido imediatamente após o horário de visita estabelecido.

A duração média das entrevistas foi de 18 minutos.

b) **Instrumento utilizado:** O formulário constou de 3 partes específicas, assim, subdivididas:

Parte I: *Identificação:* Teve por finalidade a obtenção de algumas informações para caracterização tanto da esposa quanto do paciente. Em relação a esposa os seguintes dados de identificação foram incluídos: nome, sexo, idade, nº de filhos, maioridade e grau de instrução. Quanto ao paciente, foram incluídos: nº de internações anteriores em Unidades Coronarianas, dia de internação na UCo e condições clínicas momentâneas. Neste último item foram registrados dados referentes à presença de artefatos terapêuticos como catéteres, drenos, venóclises, respiradores, monitores, etc. O item "*observações*" permitiu a anotação de outras situações familiares.

A Parte II do instrumento objetivou coletar dados sobre a percepção da esposa quanto a situação de doença, internação e tratamento do familiar com IAM, permitindo assim a identificação de problemas, e a classificação dos mesmos segundo a concepção de Necessidades Básicas de Maslow.

A Parte III teve por finalidade identificar as expectativas das esposas quanto a atuação do enfermeiro na situação aguda de tratamento do paciente com IAM.

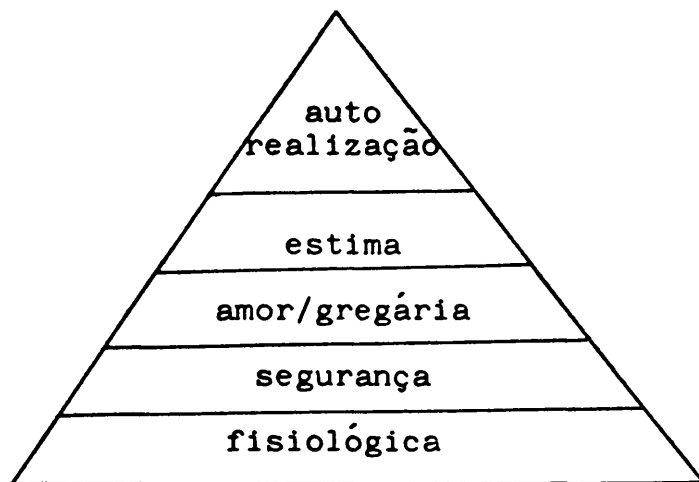
Consideramos que as expectativas quanto a atuação do enfermeiro explicitam as necessidades requeridas pelas esposas, tendo sido classificadas dentro do mesmo referencial das necessidades básicas já mencionado.

III — *Classificação dos problemas segundo as NECESSIDADES BÁSICAS DE MASLOW **

No presente estudo empregou-se como referencial teórico para a classificação dos problemas, a compreensão das necessidades básicas segundo Maslow. Este autor caracterizou as necessidades básicas como um dos aspectos da sua teoria da motivação humana, considerando ainda, a gratificação (satisfação) e a frustração (insatisfação) da necessidade como elementos importantes dessa teoria. (MOSCOVICI, 1985).

Maslow concebe as necessidades básicas organizadas em categorias havendo uma hierarquia de predomínio entre elas, exemplificada na figura abaixo:

* MASLOW, A. *Motivation and personality*. 2. ed. New York, Harper & Row, 1970.



Considera entretanto que essa hierarquia não é rígida podendo variar sua posição e preponderância em função do grau de satisfação de uma determinada necessidade.

Para Maslow, a satisfação relativa de uma necessidade permitiria o surgimento de outras de nível mais elevado.

Com a finalidade de facilitar a correlação e a classificação dos problemas, resumimos a seguir os preceitos fundamentais das diferentes necessidades básicas estabelecidas por Maslow.

Necessidade Fisiológica: Relaciona-se aos processos corpóreos de manutenção da homeostase ou seja, do esforço do organismo para manter um estado normal e constante. É a mais dominante de todas as necessidades sendo que em uma condição de insatisfação de todas as necessidades, a fisiológica predominaria fazendo simplesmente inexistir as demais.

Necessidade de Segurança: Emerge como um novo quadro após a satisfação relativa da necessidade fisiológica. Entre alguns indicadores da necessidade de segurança do adulto normal podem ser citados: preferência por um trabalho estável; preferência por coisas familiares; seguro de vida, saúde; desejo de poupança e reservas para o futuro; procura de religião ou filosofia de vida (MOSCOVICI, 1985). Ainda podem ser mencionados como outros indicadores da necessidade de segurança afetada, a situação de dependência, de proteção, presença de medo, ansiedade e caos e assim por diante.

Necessidade Gregária e de Amor: Quando as necessidades fisiológica e de segurança estão razoavelmente satisfeitas aparecem a necessidade gregária e de amor. Na presença desta, a pessoa sentirá, como nunca antes, a ausência de amigos, namorados, esposas ou crianças; ela almejará

por relações afetivas com pessoas em geral, por um lugar no grupo ou família.

Necessidade de Estima: Todas as pessoas, de uma forma geral, tem uma necessidade ou desejo de avaliação firme e estável de si, de auto-respeito, auto-estima e estima dos outros. Os indicadores podem ser agrupados em duas categorias:

1) desejo de força, realização, suficiência, domínio e competência, confiança diante do mundo, independência e liberdade.

2) desejo de reputação e prestígio (respeito ou estima de outro), dominação, status, fama e glória, reconhecimento, atenção, importância, dignidade e apreço dos demais. A satisfação da necessidade de auto-estima conduz para os sentimentos de auto-confiança, valor, força, capacidade de ser útil e necessário para os outros. Sua frustração produz sentimento de inferioridade, fraqueza, abandono e desamparo. Ainda, a auto-estima mais saudável é baseada no merecido respeito de outros do que na fama e celebridade.

Necessidade de auto-realização: Quando todas as necessidades anteriores são satisfeitas surge uma necessidade mais elevada que é a tendência de efetivar suas potencialidades, com o sentido de atingir a plenitude do ser.

Maslow considera ainda, as necessidades básicas como motivos de deficiência sendo que, as necessidades de deficiência constituem carências no indivíduo, que precisam ser supridas de fora e por outros indivíduos para conservar a saúde, evitar e curar doenças (MOSCOVICI, 1985). Assim sendo, a nível de assistência à saúde e mais especificamente, de enfermagem, as necessidades identificadas a partir dos problemas apresentados pela clientela, constituíram aquelas que necessitariam de uma intervenção de enfermagem.

RESULTADOS

Os dados coletados através do formulário permitiram a obtenção e a apresentação dos seguintes resultados:

I — Caracterização da população

A — Esposas

B — Esposas X Paciente

II — Percepção da situação

III — Expectativas quanto a atuação do enfermeiro

IV — Necessidades básicas afetadas.

I. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A caracterização da população foi realizada com base em dados biossociais das esposas (idade, grau de instrução, número de filhos) co-

mo também nas informações quanto a situação de internação dos maridos (dia e número de internações, condições clínicas momentâneas). Esses resultados são apresentados a seguir nas tabelas 1 a 4.

A. Esposas

TABELA 1

Distribuição das esposas de pacientes infartados segundo idade e grau de instrução. São Paulo, 1986.

Grau de instrução	Idade									
	25 — 35		35 — 45		45 — 60		60 —		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta					2	6,7	1	3,3	3	10,0
Sabe ler e escrever					1	3,3	1	3,4	2	6,7
Primário incompleto					4	13,4			4	13,4
Primário completo	1	3,3	1	3,3	3	10,0			5	16,6
1º grau completo			2	6,7	2	6,7			4	13,4
2º grau completo			3	10,0	2	6,6			5	16,6
Universitário completo	1	3,4	1	3,3					2	6,7
Universitário	1	3,3			3	10,0	1	3,3	5	16,6
Total	3	10,0	7	23,3	17	56,7	3	10,0	30	100,0

Pela tabela 1 verifica-se que a maioria das esposas encontra-se na faixa etária de 45 a 60 anos (56,7%), sendo que, quanto ao grau de instrução, a população distribuiu-se de forma equivalente entre o primário completo, 2º grau completo e Universitário (16,6%). Constata-se, porém, que mais da metade (53,3%) tem de 1º grau completo até o nível universitário.

Em relação a filhos, três das 30 esposas não têm filhos. Das 27 esposas com filhos, tivemos a seguinte distribuição quanto ao número e a maioridade dos mesmos:

Na tabela 2 constata-se que 55,5% das esposas possuem até 2 filhos e destas, 25,9% têm filhos menores de 18 anos e 18,5% têm filhos maiores de 18 anos. Do total de esposas com filhos, também foi prevalente a presença de filhos menores (40,7%), o que pode ser mais um importante fator com implicação sócio-econômica à família acometida por problemas de saúde.

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS SEGUNDO
NÚMERO DE FILHOS E MAIORIDADE DOS MESMOS.
SÃO PAULO, 1989.

Maior idade	Nº filhos							
	1 — 2		3 — 4		mais de 4		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
menores de 18 anos	7	25,9	3	11,1	1	3,7	11	40,7
maiores de 18 anos	5	18,5	1	3,8	1	3,7	7	25,9
ambos	3	11,1	4	16,5	1	3,7	9	33,4
Total	15	55,5	8	33,4	3	11,1	27	100,0

B. ESPOSAS X PACIENTES

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS SEGUNDO O DIA DE
INTERNAÇÃO E O NÚMERO DE INTERNAÇÕES EM UCo. SÃO PAULO, 1989.

nº de internações	Dia de internação									
	(3º)		(4º)		(5º)		(6º)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1ª internação	10	33,4	11	36,6	5	16,9	2	6,4	28	93,3
2ª internação	—	—	1	3,3	—	—	1	3,4	2	6,7
Total	10	33,4	12	39,9	5	16,9	3	9,8	30	100,0

A tabela 3 mostra que para a maioria dos pacientes (93,3%), esta era a primeira internação em Unidade Coronariana. Tal fato pode representar à família, uma experiência difícil de hospitalização que tem como agravante, a mudança súbita no esquema de vida e a internação em uma unidade altamente especializada.

O dia de internação dos pacientes foi determinado por critério anterior, onde considerou-se que após o 3º dia, os pacientes e familiares já teriam um reconhecimento inicial da situação de doença e internação. Por outro lado, foi considerado que os pacientes com evolução normal do

quadro permanecem na unidade até o 5º ou 6º dia de internação. Com essa margem de 4 dias, tornou-se possível incluir na população as esposas que não puderam comparecer com assiduidade as visitas.

Assim, a população do presente estudo, caracterizou-se principalmente por esposas cujos maridos encontravam-se no 3º e 4º dias de internação (33,4% e 36,6%, respectivamente).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO AS CONDIÇÕES CLÍNICAS MOMENTÂNEAS. SÃO PAULO, 1989.

Condições Clínicas	Nº	%
I	15	50,0
II	10	33,3
III	05	16,7
Total	30	100,0

Classificação: I — Monitorizado

II — Presença de até 2 artefatos terapêuticos

III — Presença de mais de 2 artefatos terapêuticos

Quanto à avaliação das condições clínicas dos pacientes, relacionadas à presença de artefatos terapêuticos, verificou-se que 50,0% das esposas tinham seus maridos apenas monitorizados, 33,3% com até 2 artefatos terapêuticos e 16,7% com mais de 2 artefatos terapêuticos. Considerando que a classificação II correspondeu à presença de monitorização e venóclise, pode-se afirmar que a maioria dos pacientes encontravam-se naquele momento, sob evolução natural do IAM.

II. PERCEPÇÃO DA SITUAÇÃO

Neste item procurou-se identificar o conhecimento da doença pela população e os problemas gerais e os prioritários percebidos pelas esposas na fase aguda do tratamento (tabelas 5, 6 e 7).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O QUE SABE EM RELAÇÃO A DOENÇA QUE ACOMETE O MARIDO. SÃO PAULO, 1989.

O que sabe em relação à doença	Nº	%
É um infarto	23	76,7
É um infarto, e é grave	4	13,3
É um infarto, um entupimento da veia	3	10,0
Total	30	100,0

TABELA 6

PROBLEMAS PERCEBIDOS PELAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS, NA FASE AGUDA DO TRATAMENTO. SÃO PAULO, 1989

Problemas percebidos	Nº	%
— Estado subjetivo alterado (aflições, ansiedade, tristeza, aborrecimento, etc.)	13	23,8
— Medo (morte, outro infarto)	10	18,8
— Preocupação quanto ao futuro	8	14,7
— Não poder estar junto	7	12,8
— Acontecimento inesperado	5	9,3
— Pouco esclarecimento quanto ao tratamento e doença	4	7,4
— Responsabilidades assumidas por ausência do marido	2	3,8
— Não consegue dormir	2	3,8
— Dependência futura do marido	1	1,4
— Alteração na vida amorosa, afetiva, sexual	1	1,4
— Condição econômica difícil	1	1,4
— Buscando resposta na fé	1	1,4
Total	55	100,0

x = 1,9 problemas/esposa

TABELA 7

PROBLEMAS PRIORIZADOS PELAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS,
NA FASE AGUDA DO TRATAMENTO. SÃO PAULO, 1989.

Problemas prioritários	Nº	%
-- Medo (morte, infarto)	13	33,4
-- Preocupação quanto à evolução e vida futura do marido	8	20,5
-- Companheiro não estar bem	5	12,8
-- Não poder estar junto	4	10,3
-- Situação econômicl difícil	2	5,1
-- Insegurança quanto ao futuro da família	2	5,1
-- Pouco esclarecimento quanto ao tratamento e doença do marido	2	5,1
-- Responsabilidade perante a outra família	2	5,1
-- Ter que assumir a direção dos negócios	1	2,6
Total	39	100,0

x = 1,3 problemas/esposa.

Observa-se pela tabela 5 que todas as esposas que constituíram a população do estudo, souberam referir a doença, embora não se possa afirmar que todas soubessem exatamente do que se tratava o processo em si. Acredita-se que este fato talvez ocorra em função de que as esposas foram participadas quanto ao diagnóstico, e que seus maridos estavam internados em uma Unidade Coronariana, ou seja, unidade especializada no atendimento de pessoas com IAM. Além disso, outro fato que pode estar contribuindo para o conhecimento da doença, é o aumento da incidência de doenças cárdio-circulatórias nas últimas décadas, em especial nas grandes metrópoles, onde o processo de crescimento industrial e tecnológico evidencia os agravantes dos fatores de risco. Parece existir uma relação entre a incidência da doença e a condição de vida em centros urbanos, favorecendo o surgimento de certo temor quanto a este diagnóstico. Assim, de alguma forma, as pessoas já ouviram falar do infarto

e de sua evolução mórbida, o que pode ser justificado pelos dados do presente estudo. A ausência de campanhas educativas oficiais populares permitem, entretanto, a divulgação de conceitos errôneos quanto a esta entidade nosológica. Observa-se tal fato presente na tabela acima, onde 10,0% da população tem um conceito incorreto do IAM.

Os dados da tabela 6 mostram que os maiores percentuais recaem sobre as alterações do estado subjetivo (23,8%), medo (18,8%) e preocupação quanto ao futuro (14,7%). Assim, observa-se a presença significativa de alterações emocionais nas esposas diante da situação de doença dos maridos. Este fato vem confirmar a percepção da gravidade do quadro pelas esposas, associando-o às situações ameaçadoras e de um futuro incerto. NYAMATHI (1987) considera também que na presença do IAM, as esposas confrontam-se com um grande número de dificuldades, tais como a perda ou ameaça da perda do companheiro, trauma da separação da família e amigos, problemas domésticos e com os filhos, questões financeiras, mudanças no papel, futuro imprevisível, etc. Apesar da significativa referência das alterações do estado subjetivo por esta população, verifica-se que as mencionadas por NYAMATHI (1987) estão, de certa forma, presentes.

Considerando o total dos problemas identificados nesse primeiro momento, pudemos obter uma média de 1,9 problemas mencionados por esposa.

A tabela 7 revela que os problemas priorizados pelas esposas de pacientes infartados na fase aguda, estão centrados no medo da morte e de outro infarto (33,4%) e preocupação quanto à evolução e vida futura (20,5%). Acredita-se que as atitudes em relação à morte estão embasadas em valores culturais, onde a perda e a morte não são aceitos e nem trabalhados, levando, muitas vezes, à omissão da própria equipe em lidar com este aspecto. Além disso, a qualidade de vida, seqüelas e limitações advindas desta afecção, acarretam preocupação às esposas, uma vez que a nossa sociedade está centrada em valores de produção, sendo esta, a condição de aceitação ou marginalização do indivíduo.

III. EXPECTATIVAS QUANTO À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Ao questionarmos as esposas sobre o que esperavam do enfermeiro, foram ressaltadas expectativas relacionadas tanto ao desempenho do profissional junto ao marido como também junto a si ou à família. A tabela 8 retrata as expectativas referidas pela população.

TABELA 8

EXPECTATIVAS DAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS,
QUANTO A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO. SÃO PAULO, 1989.

Expectativas	Nº	% Total Geral	% Total Parcial
EM RELAÇÃO AO MARIDO			
— Atitude humanística relacionada ao papel expressivo:			
. paciência	3	11	12,5
. carinho	3		
. compreensão, atenção, humanidade	3		
. conversa com ele	2		
— Deixar ele andar	1	1,1	3,7
— Cuidar bem	11	12,5	40,7
— Não deixar que morra	3	3,4	11,2
— Acompanhar no que for necessário	1	1,1	3,7
Sub-Total	27	30,7	100,0
EM RELAÇÃO A SI			
— Atitude humanística relacionada ao papel expressivo:			
. compreensão	9	32	36,5
. atenção	6		
. carinho	4		
. ajuda / apoio	3		
. calor humano	3		
. paciência	3		
. amizade/amor/sinceridade/simpatia	4		
— Esclarecimento quanto às condições do marido	17	19,3	27,9
— Orientação quanto ao tratamento	6	6,8	9,8
— Permissão para ficar mais tempo	5	5,7	8,2
— Transmitir segurança	1	1,1	1,7
Sub-Total	61	69,3	100,0
Total	88	100,0	—

Em relação à tabela 8, verifica-se que tanto as expectativas relacionadas ao marido quanto às relacionadas à própria esposa enfatizam a importância do papel expressivo do enfermeiro. Do total de expectativas relacionadas ao marido, o "cuidar bem" teve igual frequência (40,7%) que as atitudes humanísticas. Em relação às esposas, as atitudes referentes ao papel expressivo representam 52,4% do total de suas expectativas, vindo a seguir a necessidade de "esclarecimento quanto às condições do marido" (27,9%). Estes resultados permitem a inferência de que apesar do avanço tecnológico através dos tempos, o homem diante da vulnerabilidade de seu equilíbrio com o meio interno, torna-se carente de atitudes que demonstrem acolhimento e humanização. Outra expectativa mencionada é quanto a esclarecimentos das condições do marido, reforçando mais uma vez a importância de participação efetiva do enfermeiro na assistência à família do paciente hospitalizado.

IV. NECESSIDADES BÁSICAS

Tendo em vista a identificação dos aspectos que incomodam as esposas dos pacientes com IAM diante da doença, foi possível a identificação das necessidades básicas afetadas da população em estudo. Obteve-se, assim, o seguinte quadro:

QUADRO 1
RELAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS DAS ESPOSAS DE
PACIENTES INFARTADOS, IDENTIFICADAS A PARTIR DOS PROBLEMAS
REFERIDOS, NA FASE AGUDA DO TRATAMENTO. SÃO PAULO, 1989.

PROBLEMAS	NECESSIDADES BÁSICAS
<ul style="list-style-type: none"> -- Estado subjetivo alterado * -- Medo (morte, reinfarto) * -- Preocupação quanto à evolução * -- Insegurança quanto ao futuro da família -- Situação econômica difícil -- Pouco esclarecimento de fatos relacionados ao tratamento e doença -- Buscando resposta na fé 	Segurança
<ul style="list-style-type: none"> -- Responsabilidade perante a outra família -- Responsabilidades assumidas por ausência do marido -- Ter que assumir a direção nos negócios -- Dependência futura do marido - Acontecimento inesperado 	Segurança, Amor e Gregária, Estima (1°)
<ul style="list-style-type: none"> - Alteração na vida activa, amorosa, sexual 	Segurança, Amor Gregária
<ul style="list-style-type: none"> -- Companheiro não estar bem -- Não poder estar junto 	Amor e Gregária
<ul style="list-style-type: none"> -- não consegue dormir 	Fisiológica

* Problemas mais prevalentes (com frequência superior a 12,8%)

A análise dos problemas permitiu a correlação dos mesmos com as necessidades básicas estabelecidas por Maslow. Observa-se aí que a necessidade de segurança, amor e gregária se relacionam com a maioria dos problemas, entretanto a necessidade de segurança abrange os problemas mais prevalentes.

Considerando as expectativas como aquilo que as esposas esperam do enfermeiro, optamos por correlacioná-las como necessidades a serem atendidas pelo enfermeiro, em busca do seu equilíbrio (Quadro 2).

QUADRO 2

NECESSIDADES BÁSICAS RELACIONADAS AS EXPECTATIVAS DAS ESPOSAS DE PACIENTES INFARTADOS QUANTO A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO. SÃO PAULO, 1989.

EXPECTATIVAS	NECESSIDADES BÁSICAS
<p>EM RELAÇÃO AO MARIDO (*):</p> <ul style="list-style-type: none"> — Papel expressivo: paciência, compreensão, atenção e humanidade (**) — Cuidar bem (**) — Não deixar que morra — Acompanhar no que for necessário — Deixar ele andar — Conversar com ele 	<p>Amor e Gregária</p> <p>Segurança, Amor e Gregária, Estima.</p> <p>Estima.</p>
<p>EM RELAÇÃO A SI</p> <p>Papel expressivo: compreensão, atenção, carinho, paciência, calor humano, ajuda, apoio, amizade, amor, sinceridade, simpatia (**)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Esclarecimento quanto às condições do marido (**) — Orientação quanto ao tratamento — Transmita segurança — Permissão para ficar mais tempo 	<p>Amor e Gregária</p> <p>Segurança</p> <p>Amor e Gregária, Estima</p>

(*) As necessidades aí relacionadas são pertinentes tanto ao marido quanto à esposa.

(**) Expectativas mais mencionadas

O quadro acima evidencia a presença significativa da necessidade de amor e gregária, estando ela relacionada à maioria das expectativas como também, abrangendo as expectativas mais mencionadas.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados permitem as seguintes conclusões:

— Todas as esposas souberam mencionar a causa de internação dos maridos, sendo que 76,7% referiu ser apenas um infarto, 13,3% que é

um infarto e é grave, e 10,0% que é um infarto, um entupimento de veia.

- Os problemas mais mencionados pelas esposas de pacientes infartados, na fase aguda do tratamento, foram: alterações do estado subjetivo (23,8%); medo (18,8%); preocupação quanto ao futuro (14,7%); não poder estar junto (12,8%).
- Os problemas prioritários mais prevalentes foram: medo da morte e reinfarto (33,4%), preocupação quanto à vida futura (20,5%); companheiro não estar bem (12,8%); não poder estar junto (10,3%).
- As expectativas quanto à atuação do enfermeiro ressaltam o papel humanístico e expressivo como o mais esperado, tanto para atuação junto ao marido (40,7%), quanto em relação à esposa (52,4%). Tal papel inclui atitudes como: compreensão, atenção, carinho, ajuda, calor humano, paciência, amizade, amor.
- As necessidades básicas afetadas das esposas de pacientes infartados na fase aguda do tratamento foram: segurança, amor e gregária, estima e fisiológica.
- As necessidades básicas afetadas relacionadas a partir das expectativas de atuação do enfermeiro foram: amor e gregária, segurança e estima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões do presente estudo permitiram constatar mais uma vez, a necessidade de direcionar a atenção do enfermeiro a uma questão sempre atual e presente na enfermagem, enquanto profissão que lida com seres humanos, que é a humanização da assistência.

Assim, o desempenho do papel expressivo e a importância de uma assistência à família constituem-se, a nosso ver, aspectos que vêm fortalecer a questão da humanização da assistência de enfermagem, condicionando-a inclusive, à valorização do papel do enfermeiro.

Entretanto, entendemos que muitas vezes, a não incorporação de tais aspectos no âmbito da assistência de enfermagem advém das próprias condições em que essa prática é realizada e não necessariamente do desconhecimento da sua importância pelo profissional.

Acreditamos que, em uma profissão como a nossa, onde os desafios estão sempre emergentes, a luta pela manutenção de uma assistência humanizada seja mais um desafio!

Para tanto, consideramos de vital importância que novos estudos venham a ser realizados, objetivando aprimorar cada vez mais o conhecimento dessa área carente de atuação pelo enfermeiro.

TAKAHASHI, E.I.U.; SILVA, C.A.; GUERRA, G.M. Needs of spouses of patients with myocardial infarction, in the acute phase of threatment. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 24(1):177-193, Apr. 1990.

The purpose of this study was to identify the basic needs of the spouses of patients with myocardial infarction. The concepts of basic needs from Marlow were used as conceptual framework. The data's analysis showed the following needs affections of this population: safety, belongingness and love, esteem.

UNITERMS: *Myocardial enfarction. Family relations.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHAVEZ, C.W. & FABER, L. Effect an education: orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart Lung*, Saint Louis, 16(1):92-9, Jan. 1987.
- GAGLIONE, M.K. Assessing and intervening with families of CCU patients. *Nurs. Clin. North Am.*, Philadelphia, 19(3):4-27, Sept. 1984.
- GUERRA, G.M. & SILVA, C.A. Caracterização da visita na unidade coronariana: papel do enfermeiro. Trabalho apresentado no CONGRESSO PAULISTA DE CARDIOLOGIA, 9., Ribeirão Preto, 1988. 9p.
- LAURENTI, R. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 38(4):243-8, 1982.
- LOLIO, C.A. & LAURENTI, R. Mortalidade por doença isquêmica do coração no município de São Paulo: evolução de 1960-81 e mudanças recentes na tendência. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, 46(3):153-6, 1986.
- MELTZER, L.E. et alii. *Enfermagem na unidade coronariana*. Ric de Janeiro, Atheneu, 1984.
- MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal*. 3. ed. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1985.
- NYAMATHI, A.M. The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. *Heart Lung*, Saint Louis, 16(1):86-92, Jan. 1987.
- TAKAHASHI, E.I.U. *Visitas de familiares a doentes infartados: análise de alguns parâmetros cardiovasculares*. São Paulo, 1980. 69p. (Dissertação de mestrado — Escola de Enfermagem da USP).
- WIPPLE, G.H. et alii. *Insuficiência coronariana: assistência e tratamento*. São Paulo, E.P.U., 1980.

ANEXO I
FORMULARIO

Data:

Início:

Término:

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO

a) **DO CONSORTE**

NOME:

SEXO:

IDADE:

Nº DE FILHOS: menores de 18 anos:
 maiores de 18 anos:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

b) **DO PACIENTE**

Dia de internação:

Nº de internações em UC:

Condições clínicas momentâneas — presença de dor, artefatos terapêuticos (catéteres, drenos, venóclises, respiradores, monitores).

Observações: (outras implicações familiares)

PARTE II: PERCEPÇÃO DA SITUAÇÃO

A Srª sabe o que o seu marido teve (apresentou)? Se sim, o quê?

Essa situação ou condição do seu familiar está incomodando a Srª de alguma forma?
Como e porquê?

O que mais a incomoda?

PARTE III: EXPECTATIVAS QUANTO A SITUAÇÃO DO ENFERMEIRO.

O que a Sra. espera do enfermeiro nessa situação?

Recebido em 04-10-89