

AUTOBIOGRAPHY AFTER MYOCARDIAL REVASCULARIZATION SURGERIES: LIFE STORY AT A CARDIAC ICU

AUTOBIOGRAFIA APÓS AS CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: HISTÓRIA DE VIDA NA UTI CARDÍACA

DESPUÉS DE LA AUTOBIOGRAFÍA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: LA HISTORIA DE VIDA EN LA UCI CARDIACA

Reinaldo dos Santos Moura¹, Valéria Pedrosa de Lima², Waleska Duarte Melo Albuquerque³, Viviane Coutinho Costa⁴, Daniela Martins Lessa Barreto⁵, Ricardo Cesar Cavalcanti⁶.

ABSTRACT

Objective: to describe the life story (LS) of patients subjected to myocardial revascularization surgery (MRS), unveiling potential dogmas in their reporting of the journey from the pre- through the immediate postoperative periods at a cardiac ICU. **Methods:** In this field study with qualitative design we collected life stories. Patients were first interviewed at their homes, using a guiding script. The interview was recorded in mp3 format. All recordings were later transcribed for research purposes. **Results:** Due to sample saturation, of eight patients interviewed, only five were selected to participate in the study. Study participants were categorized according to qualitative variables: sex, age, religion, marital status, number of children and operative period. On the basis of these variables, we highlighted the most relevant information reported by each respondent. **Conclusion:** Experiencing a MRS may have a significant impact on physical and psychological aspects in the journey from the preoperative phase, to the surgical site and the immediate postoperative phase, especially anxiety, fear, apprehension, anger, revolt and sometimes even a lack of ability to accept a situation as it is.

Descriptors: Nursing research; Autobiography; Thoracic surgery; Intensive care units; Adaptation, Psychological.

RESUMO

Objetivo: descrever as histórias de vida (HV) de pacientes submetidos à CRM, desvelando os possíveis dogmas através das suas narrativas do pré ao pós-operatório imediato em uma UTI cardiológica. **Método:** pesquisa de campo de abordagem qualitativa por meio da coleta das HV. Foram iniciadas as entrevistas nas residências dos narradores, guiadas por um roteiro norteador e gravadas em MP3. Após as gravações estas foram transformadas em texto escrito para torná-los disponíveis para a pesquisa. **Resultados:** Foram entrevistados 08 pacientes, destes selecionamos 05, pois obtivemos o ponto de saturação. Os sujeitos da pesquisa foram caracterizados de acordo com as variáveis qualitativas: sexo, idade, religião, estado civil, filiação e período operatório, onde guiados por essas variáveis destacamos as narrativas mais importantes pertinentes de cada depoente. **Conclusão:** A experiência de vivenciar uma CRM pode trazer mudanças significativas nos aspectos físico e psicológico durante o período do pré-operatório, o caminho do sítio cirúrgico e do pós-operatório imediato, onde destacamos medo, ansiedade, apreensão, raiva, revolta e às vezes intolerância com as situações vivenciadas.

Descritores: Pesquisa em enfermagem; Autobiografias; Cirurgia torácica; Unidades de terapia intensiva; Adaptação psicológica.

RESUMEM

Objetivo: Describir las historias de vida (HV) de los pacientes sometidos a La CRM, revelando los posibles dogmas a través de sus narrativas de pre y postoperatorio en una UCI cardiaca. **Método:** Investigación de campo de enfoque cualitativo mediante la colecta de las HV. Se iniciaron las entrevistas en las residencias de los deponente, guiadas por un cuestionario guía y grabados en formato MP3. Después de las grabaciones estos han sido transformados en texto escrito para que estén disponibles para la investigación. **Resultados:** Se entrevistaron a 08 pacientes, 05 de ellos seleccionados, porque hemos obtenido el punto de saturación. Los sujetos fueron agrupados según sus variables cualitativas: sexo, edad, religión, estado civil, filiación y el período de operación, donde los guiados por estas variables destacamos las narrativas más importantes pertinente a cada deponente. **Conclusión:** La experiencia de experimentar un CRM puede traer cambios significativos en los aspectos físico y psicológico durante el período preoperatorio, el camino de la zona quirúrgica y el postoperatorio inmediato, donde destacamos el miedo, La ansiedad, El temor, La ira, La rebeldía y a veces intolerancia con situaciones vividas.

Descriptor: Investigación en enfermeira; Autobiografía; Cirugía torácica; Unidades de cuidados intensivos; Adaptación psicológica.

¹Graduando em Enfermagem do pela Faculdade SEUNE. ²Graduada em Assistência Social. Mestre em Desenvolvimento/Meio Ambiente. Faculdade Estácio de Alagoas – FAL. ³Graduada em Enfermagem. Mestre em Terapia Intensiva. Hospital do Coração de Alagoas – HCAL/AL. ⁴Graduada em Psicologia. Hospital do Coração de Alagoas – HCAL/AL. ⁵Graduada em Medicina Cardiológica. Mestre Em Ciências Da Saúde. Hospital do Coração de Alagoas – HCAL/AL. ⁶Graduado em Medicina. Mestre em Ciências da Saúde. Hospital do Coração de Alagoas – HCAL/AL.

Como citar este artigo:

Moura RS, Lima VP, Albuquerque WDM, et al. Autobiografia após as cirurgias de revascularização miocárdica: história de vida na UTI cardíaca. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1110. [Access ____]; Available in: _____.
Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1110>

INTRODUÇÃO

O coração é conhecido popularmente como o órgão vital, sede da vida, das emoções e sentimentos, culturalmente qualquer problema que estiver relacionado a ele é visto como ameaça resultando em alterações fisiológicas e emocionais a esses indivíduos⁽¹⁾.

A cirurgia cardíaca (CC) é um procedimento complexo que implica alteração de vários mecanismos fisiológicos, impondo grande estresse orgânico e psíquico, sendo classificada em três tipos: as corretoras (relacionadas aos defeitos do canal arterial, incluindo o do septo atrial e ventricular), as reconstrutoras (destinadas à revascularização do miocárdio e a plastia valvar aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (que correspondem às trocas valvares e aos transplantes)⁽²⁾.

A cirurgia de revascularização miocárdica (CRM) é definida como um processo de restauração e preservação das capacidades vitais e tem como objetivo o retorno do bem-estar físico, mental e social do paciente. No Brasil, em 2012, cerca de 100 mil cirurgias cardíacas foram realizadas, entre estas, mais de 50% foram relacionados à CRM, um índice considerável comparável a outros países subdesenvolvidos⁽³⁾.

A perspectiva de submeter-se a uma CRM amedronta qualquer ser humano, pois o coração possui um significado cultural, como responsável pelas emoções e controlador da vida, assim, essa cirurgia desgasta emocionalmente o paciente, amigos e seus familiares pela ameaça ao futuro e à adaptação do cotidiano⁽⁴⁾. Após a realização da CRM, existe a fase de recuperação e reabilitação do indivíduo, sendo encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica (UTI-C) com o objetivo da reabilitação hemodinâmica e a redução dos riscos nessa fase crítica^(1,3). Na maioria das situações, é a primeira vez que esses pacientes se internam em uma UTI e suas expectativas podem ser supridas pela equipe cuidadora, porém, para que isso seja possível, deve-se cuidar do paciente como um todo, na sua singularidade e pluralidade⁽⁴⁻⁵⁾.

Frente à necessidade de se compreender e intervir sobre contextos de indivíduos e/ou grupos expostos às diferentes condições de agravo, a psicologia hospitalar vem sendo solicitada a dar sua parcela de contribuição na abordagem destes problemas, somando com os demais membros da equipe de saúde na valorização de intervenções primárias,

secundárias ou terciárias em saúde mental junto aos pacientes⁽⁵⁾. Alguns estudos sugerem que a melhor forma de se evidenciar o problema do paciente é reconhecê-lo e oferecer estratégias viáveis para aplicação de possíveis soluções, a fim de interferir positivamente na realidade⁽⁶⁾.

A atuação dos profissionais junto com o psicólogo diante desses momentos vem se modificando com o passar das décadas, pois estes sentiram a necessidade de chegar mais próximo do paciente, numa relação interpessoal mais intensa e psicoterapêutica. Durante o cuidado em saúde é ministrada uma assistência direta aos pacientes com o propósito de estabelecer um vínculo entre a clientela e sua família, reduzindo as dificuldades encontradas por ele^(1,5). O enfermeiro apoiado por sua equipe deve demonstrar conhecimento, acessibilidade, segurança e interesse, superando as expectativas dos pacientes⁽⁶⁾.

Este artigo teve como objeto de estudo as histórias de vida (HV) em uma UTI-C dos pacientes submetidos às CRM e o interesse por esta temática foi despertado por dois motivos: o primeiro como profissional observava-se as queixas variadas após as CRM e, o segundo, pela lacuna de conhecimento a respeito deste objeto nas bases de dados.

Com base na problemática descrita, se fomentou a seguinte questão problema: qual a adaptação imposta aos pacientes na UTI-C após as CRM? Diante do exposto objetivou-se verificar o impacto físico e psicossocial causado aos pacientes submetidos à CRM, desvelando os possíveis dogmas do pré-operatório (PO), do caminho ao sítio cirúrgico (SC), do transoperatório (TO) e do pós-operatório imediato (POI) em uma UTI-C.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória de abordagem qualitativa⁽⁷⁾ que utilizou o método de HV para verificar o impacto físico e psicossocial causado aos pacientes submetidos à CRM. O referido método mostrou-se adequado por possibilitar que as experiências reais vividas pudessem ser desveladas aos pesquisadores por meio das narrativas dos participantes da pesquisa, permitindo assim o conhecimento acerca da adaptação dos pacientes frente à condição que lhes foi imposta.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio de Alagoas por meio da Plataforma Brasil no dia 18/06/2014, sob o parecer: 696.411 e o CAAE: 229098014.4.0000.5012. Respeitou-se um recorte temporal entre março de 2010 até março de 2011 (período em que mais aconteceram CRM) para seleção dos sujeitos da pesquisa. O período da coleta dos dados foi entre julho e agosto de 2014. O estudo foi desenvolvido com pacientes submetidos à CRM e que ficaram internados na UTI-C de um hospital de referência em Alagoas, que possui 12 leitos para internação de pacientes em estado crítico de vida.

Foram propostos e respeitados como critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que permaneceram o POI da CRM na respectiva UTI-C no recorte temporal proposto por esta pesquisa e que concordaram em participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: pacientes gestantes, pacientes com alguma patologia mental/distúrbio que este estudo por algum motivo pudesse vir prejudica-los.

Para a coleta dos dados, a princípio foram adquiridos os telefones e endereços dos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão nos arquivos do hospital, totalizando 20 sujeitos, porém, desses apenas 08 aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram marcadas nas residências dos participantes, ocasião na qual foi feita a coleta de dados por meio de entrevista orientada por um roteiro semiestruturado abordando as variáveis qualitativas nominais: sexo, religião, descendentes, estado civil e idade; como qualitativa ordinal o momento cirúrgico vivido pelos pacientes que foram submetidos à CRM (PO, SC, TO e o POI)⁽⁷⁾.

As entrevistas foram acompanhadas por um familiar de confiança do participante e por toda a equipe de pesquisa (Assistente Social, Médicos Cardiologista, Enfermeira Intensivista, Psicóloga e Graduando em Enfermagem). Com o consentimento dos participantes, foram gravadas (por aparelho MP3 da marca Sony^R).

Foram entrevistados 08 pacientes, destes selecionados 05, pois foi obtido o ponto de

saturação⁽⁸⁾, que surgiu a partir de um número de entrevistas, quando o pesquisador teve a impressão de não apreender nada de novo no que se referia ao objeto de estudo. As HV foram obtidas por meio das entrevistas transformadas em texto escrito para torná-los disponíveis para a pesquisa. Para tanto, essa transformação para a forma escrita necessitou de duas etapas: transcrição (passagem da gravação oral para o escrito), transcrição (finalização do texto, a sua versão pronta, onde os narradores validam com as suas assinaturas as suas entrevistas, onde o pesquisador interferiu superficialmente neste)⁽⁹⁾.

Para a análise dos dados foi adotado análise de conteúdo, que após a fase acima concluída realizou-se: a) a pré-análise (a reunião de todos as narrativas validadas com a leitura flutuante-organização); b) análise do material (análise temática do material); e c) interpretação do material (a escrita do artigo científico, explicando os resultados encontrados e agregando as perguntas do roteiro norteador com as respostas dos narradores)⁽⁷⁾.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise qualitativa^(7,9) realizada no teor das HV dos participantes da pesquisa revelou os significados para os mesmos em vivenciarem a experiência de serem submetidos à CRM. Esses significados estão apresentados em forma de recortes (fragmentos) das narrativas que emergiram em resposta às questões do roteiro utilizado nas entrevistas. Estão apresentados na sequência do texto, os significados desvelados e a discussão frente à literatura.

Foram abordados 05 pacientes: 03 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, respeitando os critérios e recorte temporal citados nos métodos e nas respostas do roteiro proposto para as entrevistas. Para respeitar o princípio ético do anonimato, os participantes foram nomeados como PCT: 01, 02, 03, 04 e 05. As HV dos participantes da pesquisa, enquanto pacientes que vivenciaram as fases do PO, do caminho ao SC, do TO e do POI das CRM em uma UTI-C, foram analisadas e de acordo com o perfil dos participantes, elaborou-se a tabela abaixo:

Tabela 1 – Perfil dos sujeitos de acordo com as variáveis qualitativas, Maceió, Alagoas, 2014.

PCT	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS	RELIGIAO
01	F	51	Casada		02 Católica Praticante
02	F	45	Casada		01 Evangélica
03	F	35	Casada		00 Espírita
04	M	57	Viúvo		03 Católico não praticante.
05	M	49	Casado		02 Budista

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A CRM é definida como um processo de restabelecimento e preservação das capacidades vitais, objetivando o regresso ao bem-estar físico, mental e social do paciente, não deixando de ser um procedimento complexo que implica alteração de vários mecanismos fisiopsicológicos⁽¹⁰⁾. O conhecimento sobre as reações dos pacientes diante de algumas doenças críticas e procedimentos cirúrgicos é essencial para a equipe de saúde, no sentido de que essa informação possa fundamentar a atuação desses profissionais para o desenvolvimento de uma assistência sistematizada e humanizada⁽¹¹⁾.

As HV permitem-nos obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, pois se quisermos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa⁽⁹⁾. Esse método utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas, buscando conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes e conseqüentemente fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema, dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador⁽¹¹⁾.

O diagnóstico de qualquer procedimento cirúrgico crítico traz uma mensagem de morte para alguns, carregando consigo uma possível ameaça de sonhos desfeitos.

O universo de significações e desejos que dava o sentido à vida passa a ser questionado de forma subjetiva, ativando assim um conflito interno e externo⁽⁵⁾. Esses conflitos só podem ser mensurados através das pesquisas qualitativas, pois damos voz aos narradores visando desvelar a sua própria HV.

Descreva como você se sentiu em saber que poderia ser submetido a uma CC de RM?

De acordo com o estudo⁽¹²⁾, os pacientes, ao receberem a notícia da necessidade da CRM, apresentam muitos sentimentos, como: apreensão, medo, preocupação, ansiedade, receio, cisma e nervosismo diante da notícia, verificamos isso abaixo, segundo essas entrevistas:

PCT 01: "...Meu mundo caiu, imaginei que nunca aconteceria comigo..." (Olhou para cima e silenciou).

PCT 04: "...Um susto e fiquei anestesiado, sem palavras imaginando toda a cena passando na minha cabeça, pensei em morrer e deixar os meus filhos..." (Risos e lágrimas)

PCT 05: "...Medo, pois sempre fui o forte, nunca adoecia e nem procurava o medico, tanto é que fui escondido ao cirurgião cardíaco, me sentia um super herói e agora tinha apenas que aceitar..." (Referiu pausadamente e olhando para baixo).

No que se referem às reações utilizadas pelos pacientes com indicação de CC, observaram-se variações na maneira como enfrentam esse momento. É necessário enfatizar que as pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade diante da situação, assim como em suas interpretações, reações e avaliações⁽¹³⁾, a mesma pergunta acima citada, obtivemos reações diferentes, ver abaixo:

PCT 02: "...revoltei-me com Deus e pensei que poderia morrer e deixar meus familiares, pois sempre fui uma boa filha..." (Chorou)

PCT 03: "...estava com meu esposo no consultório médico e nesse momento ele segurou as minhas mãos e me disse amor tudo vai dar certo, nesse momento me senti a mulher mais forte do mundo..." (Suspirou ao falar e pausou a narrativa)

O percurso analítico e sistemático de uma HV tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como

matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos pacientes em intersubjetividade⁽⁹⁾.

Verificou-se ser de suma importância para a equipe multidisciplinar de saúde agregar conhecimento técnico científico e compreensão acerca das necessidades vivenciadas pelos pacientes, pois é através disso que esses profissionais intervêm otimizando uma assistência sistematizada, garantindo um atendimento de qualidade aos indivíduos no pré-operatório, no TO, POI de CRM⁽¹⁴⁾.

Considerando que a CRM, além de traumática ao organismo, significa para alguns, aspectos relativos ao risco imediato de morte, a percepção individual e social quanto às sequelas advindas dela tem também associados fatores relativos à valorização cultural do órgão a ser operado. Dessa forma, o valor a vida e as manifestações emocionais estão coloquialmente associados às significações que o coração tem enquanto sede dessas funções^(2, 14). Abordando ainda o PO, mas agora o caminho até o SC, descreveremos alguns dos pensamentos vividos pelos pacientes que foram submetidos às CRM.

Descreva quais foram seus sentimentos e pensamentos ao entrar no SC?

PCT 01: "...Chorei, senti um calafrio e alguns tremores, meus filhos seguraram as minhas mãos me confortando, mas mesmo assim senti medo da morte..." (Arregalou os olhos ao narrar)

PCT 02: "...Pensei em Deus, minhas mãos tremiam, minha pressão arterial subiu, mas minha família estava toda me apoiando..."

PCT 03: "...Aquele dia chegou, pensei... Fiquei nervosa e refletindo se eu morresse naquele dia, Deus não seria justo comigo, pois faltava muito coisa para se fazer na minha vida e eu era muito nova e queria ser mãe..."

PCT 04: "...Vi meus filhos e pais me apoiando, lembrei-me da minha esposa que tinha morrido há três anos, minha vida passou por um segundo na minha mente, mas eu tinha que manter o equilíbrio, pois meus pais eram idosos e já estavam muito preocupados. Olhei para cima e chamei por Deus..."

PCT 05: "...Um frio na barriga, uma sensação que iria morrer... Meus filhos, esposa e irmãos ao meu lado até entrada do SC...Pensei em fugir, gritar e ate chorar, mas me segurei, pois homem não chora..."

Alguns autores, referem-nos que é imprescindível a identificação dos sentimentos e ações de enfrentamento dos pacientes no pré-operatório ao SC, dadas às possibilidades de reforçar ações mais adaptadas e proativas dos pacientes, em detrimento de características não organizadas de comportamento⁽¹²⁾.

As principais estratégias utilizadas pelos pacientes para o enfrentamento do processo nas CRM baseiam-se na presença e no apoio da família, na qualidade das relações interfamiliares e na utilização de recursos espirituais⁽³⁾. Verificou-se em nosso estudo que a presença ou o apoio familiar são de grande relevância para os pacientes em situações críticas, como é o caso das CRM, informação essa que é ratificada com as respostas da última pergunta acima.

No caso da religião, que é uma das formas espirituais de enfrentamento de qualquer problema crítico, avaliamos nas HV abaixo:

Em relação à religião, lhe ajudou de alguma forma no pré-operatório?

PCT 01: ...um pouco, mas a principio fiquei revoltada e me perguntando por que comigo?(Falou energicamente)

PCT 02: "...orei a Jesus com fervor, mas a minha ansiedade tomava conta de mim..."(Parou alguns instantes e falou)

PCT 03: "...Sim claro, me impulsionou a seguir em frente, pois nada acontece por acaso...Confesso que a priori fiquei um pouco revoltada, mas fui aceitando aos poucos..."

PCT 05: "...Muito foi o meu alicerce, minha pilastra de sustentação..."

A experiência de ter uma doença grave gera sofrimento e a imediata busca por atribuir significados na tentativa de que essa situação faça algum sentido, pois essa experiência pode ser muitas vezes, confusa e desgastante, para a vida do doente^(3, 15).

Na mesma pergunta acima mencionada se observa uma atribuição de significados para esse depoente diferente, ver a seguir:

PCT 04: "...Barganhei com Deus, se eu não precisasse fazer aquela cirurgia eu daria cestas básicas pelo resto da minha vida, pois não fazia sentido passar por essa situação... (Chorou ao falar) Parei, pensei e vi que era necessário e pedi a Deus que me ajudasse..."

As investigações na saúde têm buscado maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa, numa relação

impessoal e fria⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Neste sentido, o método de HV oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar. Implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre sua própria vida. Essa reflexão dos depoentes, que deixam vir à tona aspectos tão particulares, é a diferença primordial que aparece nas categorias de análise científica^(9,16).

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados. À trilogia acrescento sempre que a qualidade de uma análise depende também da arte, da experiência e da capacidade de aprofundamento do investigador que dá o tom e o tempero do trabalho que elabora^(5,9).

As CRM podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente, exigindo condições de reorganização nem sempre dispostas e efetivas, acarretando alterações da autoimagem, medo quanto ao futuro de seu estado de saúde e temor de dependência cotidiana⁽¹⁵⁾.

Após a realização da CRM, existe a fase de recuperação e reabilitação do indivíduo, sendo que o objetivo da reabilitação cardíaca é melhorar a capacidade cardíaca funcional e a qualidade de vida, controlando os fatores de risco coronariano, reduzindo a probabilidade de recorrência e diminuindo a morbimortalidade⁽¹⁷⁾. Esse paciente é encaminhado para UTI-C, pois essas são destinadas ao atendimento de pacientes clinicamente graves, geralmente com internações prolongadas e em uso de procedimentos invasivos: cateteres venosos centrais para soroterapia, sondas vesicais de demora, dreno de tórax e ventilação mecânica invasiva através cânula endotraqueal⁽¹⁸⁾.

Na maioria das situações, é a primeira vez que esses pacientes se internam em uma UTI e suas expectativas podem ser supridas pela equipe cuidadora. Esses adentram as UTI, ainda sob efeito de anestésico, marcando uma ruptura no modo de viver e compreender o seu processo de saúde-doença-recuperação, sendo conflitante esse trinômio para este paciente, pois o mesmo passou por um momento traumático^(5,18).

Diante do exposto abordamos os depoentes com pergunta sobre o seu POI, ver a seguir:

Descreva como você se sentiu ao acordar após o procedimento cirúrgico na UTI e qual foi o seu primeiro pensamento?

PCT 01: "...Acordei na UTI, alguém me tranquilizando e me informando que tudo tinha corrido bem... Sentia dores abdominais, no peito e nas costas terríveis... Confusa (sonolenta) recebia todas as informações necessárias, mas me sentia letárgica... Sede excessiva e sentindo falta dos meus familiares..."

PCT 03: "...Pensei que não iria sobreviver, mas agora tinha sobrevivido. Senti dores terríveis no peito e nas costas... Sede... Queria ver meus parentes e marido... Agradei a Deus por tudo..."

Dentre as necessidades vivenciadas pelos pacientes no POI de CRM, internados nas UTI, evidenciam-se em estudos que ficar longe da família, corresponde a 35% dos achados, uma das principais queixas⁽¹⁹⁾. Para os que internam em UTI e seus familiares é atribuído um significado cultural, uma vez constatado que esse local é considerado pelas pessoas como desconhecido e assustador^(14,19).

PCT 02: "...Abri meus olhos em um local com muita gente, que logo depois vim saber que era a UTI, com algo me impedindo de respirar, fiquei angustiada imaginando que estava morrendo, mas alguém me tranquilizava e dizia que tudo ocorrido bem... Agradei a Jesus e logo depois queria ver meus familiares..."

PCT 04: "...Acordei com os braços amarrados, parecia que tinha bebido muito e imaginei que era tudo um sonho, após algumas doses de uísques (risos)... Logo após alguém pegou na minha mão e disse que eu estava na UTI, me senti seguro, protegido e eu pedi para que soltasse as minhas mãos... Queria ver meus filhos, pais e meus irmãos... De tão feliz nem me lembrei de agradecer a Deus..."

O momento do POI nas CRM faz surgir sentimentos de insegurança, solidão, medo e desamparo, levando-o a buscarem na equipe de saúde não apenas a sua cura, mas também segurança, afeto e solidariedade, pois estes estão distantes dos seus familiares e amigos⁽²⁰⁾. Este aspecto foi percebido nas narrativas dos PCT 02 e 04.

Assim, em decorrência das diferentes reações emocionais que os pacientes, frequentemente, apresentam nos diferentes momentos de internação, entendeu-se que é importante conhecer as perspectivas apresentadas por eles em relação aos fatos

vivenciados nesse período e que foram considerados como significantes por essas pessoas⁽²⁰⁾.

PCT 05: “...Acordei na UTI, com um tubo na minha boca... De mãos amarradas logo arranquei esse tubo... Colocaram-me no balão de oxigênio, brigaram comigo e me falaram que o tubo era para ser retirado com ordens médicas... Mas eu não queria nem saber... Senti-me um animal preso... Saudades dos meus parentes, dores no peito e uma vontade de chorar...”

Considera-se que redução da ansiedade do paciente e o preparo para cirurgia são metas da equipe multidisciplinar de saúde no período operatório. O conteúdo e a abordagem do ensino na educação do paciente deverão ser sempre individualizados e tendo como um de seus objetivos a redução dos temores que contribuem para ansiedade do paciente nesse momento de vida. Os temores normalmente são: o medo do desconhecido, da morte, da anestesia, da alteração corporal e da UTI, pois esta tem sinônimo de morte^(12,17).

A UTI no meio hospitalar possui um conjunto de elementos funcionalmente agrupado, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco hemodinamicamente instável e que exija assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados⁽¹⁸⁾. O ambiente intensivo é o principal fator desencadeante de receios e medos na fase de POI, pois essa unidade é considerada estranha e assustadora, com muitos ruídos e cheiros diferentes, pois o próprio nome desestrutura o psicológico dos pacientes⁽²⁰⁾. A partir daqui tivemos outro questionamento, ver abaixo:

Como foi para você estar em uma UTI após a retomada de consciência?

PCT 01: “...Me senti vitoriosa, mas com dores no peito e nas costas... Aquela posição de barriga para cima é horrível e com o baixar e levantar da cama com uma tal de PVC... O melhor momento foi quando eu vi meus filhos...”

A pressão venosa central (PVC) é utilizada para acompanhamentos hemodinâmicos de pacientes em estado crítico de vida, para ser aferida em decúbito dorsal e em zero grau, para monitorar a pressão de átrio direito e os níveis de volemia corpórea^(6, 18).

PCT 02: “...Sentia-me aliviada quando tiraram aquele tubo da minha garganta... Lembro

também da fisioterapia, como doía fazer aqueles exercício, ai ...Esperei a visita... A todo sempre agradecia a Deus por tudo esta dando certo...”

PCT 03: “...Pedia agua e uma moça me respondia assim: pode não, queria mata-la (risos)... A sede era grande... Foi liberado agua que alivio, mas bebi tanto que acabei vomitando e com os vômitos aumentaram as dores... Mas o que mais me alegrou foram as visitas familiares e ainda bem que eram duas vezes ao dia...”

Confirmando os relatos acima, afirma-se que os pacientes internados nas UTI a reconhecem como um ambiente assustador, onde muitas vezes desestabiliza emocionalmente os mesmos, devido esse espaço ser considerado um local supostamente associado com a gravidade da doença e até mesmo risco de morte⁽¹⁾.

PCT 04: “...Horrível depender dos outros... O pior para mim foi que ate uma agua eu tinha que pedir... Dores muitas... Aquela maldita PVC, eita gota(risos)... Tinha um negócio saindo do meu peito e do meu pulmão direito, mais tarde eu vim saber que era um dreno... Já estava nervoso no segundo dia...”

PCT 05: “...Depois que retirou aquele tubo da minha garganta tudo começou dar certo... Dores fortes no peito e nas costas... Aqueles drenos doíam muito e aquele sobe e desce de cama para o exame PVC... Por mais que me falasse que eu estava bem e para ter calma, me sentia ansioso e entediado...”

As experiências clínicas e as mudanças comportamentais dos indivíduos em face de tratamentos específicos propiciaram a instituição de medidas na avaliação de respostas do perfil dos pacientes, pois as doenças cardiovasculares e seu tratamento cirúrgico podem representar uma nova realidade, abruptamente imposta, que desestrutura o paciente emocionalmente⁽¹¹⁾.

Além disso, a permanência nesse ambiente desconhecido “UTI”, longe de sua família, pode fazer com que a pessoa se sinta impotente, esse fato pode ter relação com a perda de controle do ambiente^(5, 11). Vale ressaltar que o enfermeiro, o psicólogo e o médico têm uma função fundamental dentro das unidades de saúde, já que, por meio da avaliação do paciente, poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na subjetividade da multidimensionalidade do ser humano⁽²¹⁾.

A trajetória de vida de cada entrevistado é, portanto, a porta de entrada para a realização da leitura das narrativas e, a análise destes se inicia

justamente no momento em que se torna necessário interpretar o relato fornecido pelo entrevistado e sua importância para o social⁽²²⁾.

Constata-se que a experiência de vivenciar uma CRM modifica o processo de viver do paciente cardíaco, enquanto as estratégias utilizadas no enfrentamento desse processo tornam a vivência menos traumática e fornecem base teórica para o cuidado em saúde⁽³⁾. Conhecer a reação dos pacientes diante das CRM nas UTI torna-se essencial para a equipe multidisciplinar de saúde, no sentido de que esse conhecimento pode fundamentar a atuação desses profissionais para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, baseada em um planejamento assistencial⁽¹³⁾.

O plano de assistência do enfermeiro é de extrema importância, por ser voltado para o atendimento de pacientes submetidos aos procedimentos críticos, como uma medida para a prevenção e o controle do surgimento de agravos/complicações que possam contribuir para práticas de enfermagem seguras, baseado nas necessidades individuais de cada paciente⁽²³⁾. Para que isso seja possível, deve-se cuidar do paciente como um todo, na sua singularidade, devendo essa prática incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um, sendo que cada indivíduo é único e com necessidades, expectativas, valores e crenças próprias⁽²³⁾.

O ato do sujeito, construir ou reconstruir as suas narrativas por meio das suas HV representa um exercício de autoanálise, o que facilita a criação de novas bases de compreensão. Por outro lado, para o pesquisador, é preciso uma cumplicidade que facilite a relação dialógica, de modo que seja possível a percepção de uma dupla descoberta à medida que vamos desvelando os outros pelos ditos narrativos, automaticamente os fenômenos vão se descobrindo e se descortinando em nós mesmos^(16, 24).

CONCLUSÃO

Observou-se nos relatos dos pacientes que a experiência de vivenciar uma CRM pode trazer mudanças significativas nos aspectos físico e psicológico durante o período do PO até o caminho do SC, no TO e do POI, respondendo assim a questão norteadora.

As situações relatadas como significantes pelos pacientes no PO foram: o procedimento cirúrgico, o recebimento ou não do apoio da

família, medo da morte, ansiedade, revolta, a dependência social e pelo fato de viver uma nova experiência. No caminho ao SC verificamos os mesmos sentimentos, mas com ênfase na afloração de sua fé e no medo da morte. No POI os pacientes relataram os seguintes sentimentos/comportamentos: sofrimento; ansiedade, raiva, impotência, solidão e medo. Ressaltamos que os pacientes abordados desconheciam alguns fatos inerentes ao POI, fato como jejum após a retirada da cânula endotraqueal de mais ou menos seis horas e com isso as queixas de sede, outros relataram drenos emergindo do seu corpo e outros o subir ou descer do decúbito para medição da Pressão Venosa Central a cada hora, ou seja, desconheciam o POI de CRM na UTI-C, ressaltamos também que esses pacientes não participaram do grupo de preparação para as CRM no referido hospital, por motivos particulares.

A equipe que atua nas UTI deve estar preparada para identificar situações que podem ser conflitantes para o paciente, não somente durante o período de internação, mas também após a alta hospitalar, pois segundo verificamos no estudo esses pacientes buscam apoio nesta equipe, principalmente nos profissionais de enfermagem.

Ademais consideramos importante a realização de outros estudos que busquem avaliar o preparo da equipe, que atua em UTI, para assistir aos pacientes e famílias, enfocando não somente a cirurgia do ponto de vista biológico, mas também a experiência de viver essa situação na perspectiva das pessoas envolvidas: pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

1. Parciannello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2012; 1(3):305-12. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/89>
2. Nobre TTX, Reis LA, Torres GV, Alchieri JC. Aspectos da personalidade e sua influência na percepção da dor aguda em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. J. bras. psiquiatr. 2011; 60(2):86-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n2/03.pdf>
3. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do

- processo cirúrgico. Acta paul. enferm. 2013; 26(1):8-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/03.pdf>
4. Cesarino CB, Beccaria LM, Aroni MM, Rodrigues RCC, Pacheco SS. Qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável: utilização do questionário SF-36. Braz. J. Cardiovasc. Surg. 2011; 26(2):238-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v26n2/v26n2a14.pdf>
5. Baptista MN, Dias RR. Psicologia Hospitalar - Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. São Paulo: Guanabara; 2010. 420p.
6. Cintra EA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente – Enfermo. São Paulo: Atheneu; 2011. 359p.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014. 408p.
8. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e ampliação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2010. 503p.
9. Meihy JCS, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2013. 176p.
10. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda F. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(5): 2603-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a30v16n5.pdf>
11. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad. saúde pública. 2008; 24(4):933-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/25.pdf>
12. Remonatto AR, Coutinho AOR, Souza EN. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM. 2012; 2(1):39-48. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/3829>
13. Umann J, Guido LA, Linch GFC. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. Ciênc. cuid. saúde. 2010; 9(1):67-73. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10531/5738>
14. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(3):632-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300012&lng=en&nrm=iso
15. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev. latinoam. enferm. 2013; 21(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a07.pdf
16. Meihy JCSB, Ribeiro SLS. Guia prático de história oral. São Paulo: Contexto, 2011. 201p.
17. Galter G, Rodrigues GC, Galvão ECF. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. J. Health Sci. Inst. 2010; 28(3):255-8. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03_jul-set/v28_n3_2010_p255-258.pdf
18. Viana RAPP, Whitaker IY. Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed; 2011. 546p.
19. Perrando M, Beuter M, Brondani CM, Roso CC, Santos T M, Predebon GR. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. Revista de Enfermagem da UFSM. 2011; 1(1), 61-70. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3829/3125>
20. Felipe CM, Oliveira LR, Ribeiro IM. Contribuições das orientações pré-operatórias na recuperação de pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. Rev. Pesq. Saúde. 2013.
21. Romanzini AE, Jesus APM, Carvalho E, Sasaki VDM, Damiano VB, Gomes JJ. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. REME rev. min. enferm. 2010; 14(2): 239-43. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/112>
22. Matos JS, Senna AK. História oral como fonte: problemas e métodos. Historiæ. 2011; 2(1):95-108. Disponível em: <https://www.seer.furg.br/hist/article/view/2395>
23. Umann J, Guido LA, Linch GFC, Freitas EO. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. REME rev. min.

enferm. 2011; 15(2): 275-81. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/36>
24. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008; 17(4): 714-9. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400012

Received in: 23/07/2015

Final version resubmitted on: 27/03/2017

Approved in: 29/03/2017

Mailing address:

Reinaldo dos Santos Moura

Rua Francisco Leão, 941 – Gruta.

ZIP CODE: 57052855

Maceió/AL - Brazil

Emai: enfreinaldomoura@gmail.com