



ARTIGO DE PESQUISA

PERCEPÇÕES DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDIOVASCULAR SOBRE O ADOECIMENTO

PERCEPTIONS OF CARDIO VASCULAR SURGERY PATIENTS' ABOUT THE ILLNESS PROCESS
PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SOBRE LA ENFERMEDAD

Silviamar Camponogara¹, Marlusse Silveira², Cibele Cielo³

RESUMO

O estudo tem como objetivo geral conhecer as percepções dos pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardiovascular acerca do adoecimento e da cirurgia. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com dez pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardíaca de um hospital universitário, público, do sul do Brasil. Os dados foram coletados de junho a agosto de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada, e analisados com base no referencial de análise de conteúdo. Os achados apontam que o adoecimento se deu de forma silenciosa, sendo que, a negação do adoecimento, muitas vezes, retarda a busca por cuidados de saúde. Diante da cirurgia cardíaca, os sujeitos se confrontam com diversos sentimentos, sobressaindo-se a surpresa e o medo da morte. Portanto, considera-se relevante a consolidação da educação em saúde, nesse cenário, como forma de instrumentalizar esses sujeitos frente o adoecimento e hospitalização, tornando esse processo menos temeroso. **Descritores:** Enfermagem; Cirurgia cardíaca; Período perioperatório.

ABSTRACT

This study aimed to know the perceptions of cardio vascular surgery post-operative patients about the illness process and the surgery. It is a descriptive research, of qualitative approach and it was carried out with ten patients in post-operative cardiac surgery period of a public university hospital in the south of Brazil. The data were collected from June to August, 2012, through a semi-structured interview and were analyzed based on the content analysis reference. The findings show that the illness process occurred in a silent way and the denial of the process by the patient slows the search for medical care. Before the cardiac surgery, patients face diverse feelings, in special the surprise and the fear of the death. Therefore, we consider the consolidation of health education as very relevant in this scenario, in a way to prepare these subjects for the illness process and the hospitalization, thus making this process less frightening. **Descriptors:** Nursing; Thoracic surgery; Perioperative period.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo general conocer las percepciones de los pacientes en período postoperatorio de cirugía cardiovascular sobre la enfermedad y de la cirugía. Se trata de una investigación descriptiva, de abordaje cualitativo, realizada con diez pacientes en período postoperatorio de cirugía cardíaca de un hospital universitario, público, del sur de Brasil. Los datos fueron recoletados de junio a agosto de 2012, por medio de entrevista semiestructurada, y analizados con base en el referencial de análisis de contenido. Los hallazgos apuntan que la enfermedad se dio de forma silenciosa, siendo que, la negación de la enfermedad, muchas veces, retarda la búsqueda por cuidados. Frente a la cirugía cardíaca, los sujetos se confrontan con diversos sentimientos, sobresaliéndose la sorpresa y el miedo de la muerte. Portanto, se considera relevante la consolidación de la educación en salud, en este escenario, como forma de instrumentalizar estos sujetos frente a la enfermedad y hospitalización, tornando este proceso menos temeroso. **Descriptor:** Enfermería; Cirugía Torácica; Período perioperatorio.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. ²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. ³Enfermeira. Residente do Programa de Residência em Cardiologia do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis, no mundo, por um terço do total de mortes, tornando-se um problema de saúde pública de primeira grandeza. Dados apontam que, quinze milhões de pessoas morrem, por ano, no mundo, vítimas de doenças cardiovasculares⁽¹⁾. Segundo projeções para o ano 2020, as doenças cardiovasculares serão as principais responsáveis pela mortalidade e incapacitação da população, sendo que, no Brasil, representam a primeira causa de morte, especialmente em adultos, entre 35 e 64 anos de idade⁽¹⁾.

As doenças cardiovasculares são consideradas doenças crônicas, não transmissíveis, que causam grande impacto no cotidiano dos usuários de saúde, principalmente pelo afastamento empregatício e a limitação nas atividades de vida cotidiana. Dessa forma, resultam em grande demanda de atendimento à saúde, em diferentes níveis de atenção, inclusive de alta complexidade. Dessa forma, a alta prevalência das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, em especial as cardiovasculares, tem imposto desafios para o setor saúde e para as políticas públicas⁽²⁾. Isso tem causado impacto tanto no processo de assistência à saúde da população, como na busca por alternativas terapêuticas para a conta da demanda crescente de atendimento nessa área.

Com os avanços tecnológicos que surgiram nos últimos tempos, as evidências científicas atuais reforçam que a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é o método mais eficiente de tratamento da doença arterial coronariana em pacientes de maior risco para eventos cardiovasculares, com maior sobrevida e melhor alívio do sintoma anginoso, portanto com melhora da

qualidade de vida⁽³⁾. No entanto, embora a CRM seja um tipo de cirurgia cardíaca reconstrutora, que possibilita significativa sobrevida aos pacientes, também é vista como um dos procedimentos cirúrgicos que mais mobilizam sentimentos nos sujeitos é ela submetidos, tanto pela consideração simbólica do coração, quanto pelas fantasias e medos ligados a morte⁽⁴⁾. A perspectiva de submeter o coração a uma cirurgia gera incômodo a qualquer ser humano, contribuindo para o desgaste de pacientes e familiares, por representar uma ameaça para o futuro e manutenção da vida cotidiana⁽⁵⁾.

Assim, durante todo o período de hospitalização deve-se atentar aos aspectos emocionais do paciente e seus familiares. Dentro desse contexto, o enfermeiro pode agir em vários pontos diferentes, durante o período de internação, ajudando a pessoa hospitalizada a ter uma visão diferente do que significa a hospitalização, o adoecimento e a necessidade da realização da cirurgia. Para tanto, antes de implementar-se qualquer plano assistencial, é essencial que haja o esclarecimento de dúvidas, a valorização da cultura e da opinião dos sujeitos, ou seja, um espaço para a escuta, além do aproveitamento do tempo de interação para prática da aprendizagem e da educação em saúde⁽⁶⁾.

Dessa forma, o estabelecimento de reflexões sobre as percepções dos sujeitos sobre esse processo é importante, no intuito de apontarem-se estratégias que permitam em efetivo planejamento da assistência de enfermagem a esses pacientes. O enfermeiro tem relevância, pois, ao reconhecer as necessidades de pacientes cardíacos, pode prestar-lhe um cuidado sistêmico, baseado na sua singularidade⁽⁷⁾.

Frente a isso, desenvolveu-se estudo com a seguinte questão norteadora: qual é a percepção de pacientes no período pós-

operatório de cirurgia cardiovascular sobre o seu processo de adoecimento e sobre o procedimento cirúrgico? Constitui-se como objetivo do estudo: conhecer as percepções dos pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardiovascular acerca do seu processo de adoecimento, bem como, em relação ao procedimento cirúrgico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, visto ser o mais adequado para investigações que abordem questões relativas a fenômenos subjetivos. A investigação classifica-se com descritivo-exploratória, tendo sido realizada com dez pacientes em período pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio de um hospital universitário, público, do sul do Brasil.

Os dados foram coletados durante os meses de julho a agosto de 2012. Constituíram-se em critérios de inclusão: estar internado na instituição pesquisada durante o período em que ocorreu a coleta de dados, ter realizado a cirurgia de revascularização do miocárdio, ter adequadas condições hemodinâmicas, assim como orientação no tempo e no espaço. Foram entrevistados 10 pacientes, sendo que o encerramento da coleta de dados obedeceu ao critério de saturação de dados.

A obtenção dos dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, com questões norteadoras acerca da temática investigada. Os sujeitos foram entrevistados no período pós-operatório, enquanto encontravam-se internados em unidades de internação convencionais (clínica médica). Os entrevistados foram informalmente contatados, no intuito de esclarecer os objetivos do estudo e obter aceite para participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local próprio, livre de

movimentação, com duração média de vinte minutos, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas, na íntegra, pelas pesquisadoras.

Os dados foram analisados de acordo com o referencial proposto para análise de conteúdo, obedecendo as seguintes etapas: reunião do corpus de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias, e, análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente⁽⁸⁾.

O estudo obedeceu aos preceitos indicados para pesquisa com seres humanos, em conformidade com a Resolução Número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, somente havendo coleta de dados após aprovação institucional e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o Nº CAAE 04135912.3.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma breve caracterização dos sujeitos aponta que, eram, em sua maioria, do sexo masculino (80%). Os participantes possuíam uma variação de idade entre 33 a 78 anos, ficando 40% dos entrevistados na faixa etária de 50 a 60 anos de idade. A maioria possuía primeiro grau incompleto e 80% dos entrevistados desempenhavam alguma atividade laboral, tais como: agricultura e transporte de cargas.

A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias que retratam os significados atribuídos pelos pacientes cardíacos ao processo de adoecimento e a necessidade da realização da cirurgia cardíaca. Os resultados são apresentados conjuntamente com a discussão dos dados da literatura pertinente e interpretação dos pesquisadores.

Adoecer do coração: surpresa diante a revelação

Num primeiro momento e inaugurando o

processo de análise de conteúdo, emergiu como primeira categoria relacionada ao impacto dos sujeitos ao descobrirem-se doentes do coração, acompanhado da demora na busca por atendimento, já que não relacionavam as sintomatologias apresentadas a alguma enfermidade cardíaca. Os depoimentos a seguir são ilustrativos:

“[...] eu tinha dor no peito, cansava se eu fazia qualquer coisa, assim, se forcejava. Mas não era “door”, era só uma dor no peito para caminhar mesmo. Às vezes tinha que parar no meio do caminho”. (E10)

“ [...] eu tinha uma dor nos ossos. Aí eu dizia para a mulher: me dói esse osso e o cotovelo. Mas eu nunca achei que coração fizesse isso. Aí pensei que fosse de forcejar, daí não dei bola. Nunca pensei que poderia ser um infarto.” (E7)

Observa-se, por meio do depoimento que, ao relacionar a dor nos ossos e no cotovelo ao esforço físico e não ao coração, o paciente atribuiu pouca relevância a sintomatologia, adiando a busca por atendimento de saúde. As doenças cardíacas são caracterizadas como assintomáticas e de progressão lenta, o que leva a reflexão de que, muitos pacientes, passam a ter conhecimento sobre essa enfermidade, após sofrerem um agravo agudo de saúde. Portanto, existe uma complexidade envolvida no processo de percepção de sintomas da doença cardíaca, na medida em que pode não haver relação direta entre eles com a patologia em si, o que influencia na visão que o sujeito tem sobre sua saúde e no processo de cuidado e tratamento.

Ainda, parece haver um descompasso entre o auto-relato de sintomas, a significação da gravidade da doença e as medidas objetivas da mesma, o que pode ser explicado, parcialmente, pelo fato de a doença cardíaca ser, com frequência, uma doença silenciosa⁽⁹⁾. Verificou-se que, alguns

sujeitos, de forma superficial fizeram a relação dos sintomas ao coração e buscaram na família referencial de ajuda, como visto na manifestação:

“[...] eu tava serrando de motosserra, aí começou uma dor assim... aí eu, a mulher também se tratava com um cardiologista, aí marquei lá uma consulta...mas se passou, se passou.”(E7)

De certa forma, observa-se, no depoimento, que o paciente relacionou a ‘dor’ ao coração e buscou apoio na família, pois sua esposa, também com alguma doença cardíaca, já se tratava com um cardiologista. Entretanto, fica evidente o retardo na busca por atendimento. Percebe-se que, ao ter consciência de que os sintomas podem estar relacionados ao coração e, dada à importância desse órgão para o funcionamento do corpo, os indivíduos se remetem à vulnerabilidade da vida e à angústia da morte.

A negação é um mecanismo de defesa que permite, aos sujeitos, manterem-se psicologicamente íntegros, através da não aceitação do problema ou da banalização do mesmo⁽¹⁰⁾. No entanto, essa postura, ao permanecer rígida ao longo do tempo, pode implicar em boicote ao tratamento⁽¹⁰⁾. Tal cenário acentua-se mediante a realidade de ausência de sintomas, e a possibilidade de confundí-los com outras causas físicas ou patológicas⁽⁹⁾.

Nos depoimentos abaixo, aparece a ambivalência destacada por muitos pacientes, no sentido de colocarem-se em dúvida acerca da severidade da situação. A ideia de que a patologia cardíaca, por si, já é uma situação crucial, a vivência de realizar exames que trazem resultados sem alterações e pelo fato de, muitas vezes, ser assintomática ou com sintomas passageiros, podem atuar como acentuadores do mecanismo de defesa e negação⁽¹⁰⁾. Pode-se visualizar tal fato a seguir:

“[...] eu me sentia bem. Tive um aviso, mas pouca coisa. Tive um desconforto assim, mas pouca coisa. Fiz um eletro, não deu nada, deu 100% bom o eletro. Aí fiquei tranquilo [...] É outra coisa. Aí um mês atrás mais ou menos, começou a me dar umas dores, me doía a barriga, me dava vômito e doía aqui e doía ali. Aí comecei a fazer os exames de novo, refiz e deu bom também. Aí fiz o de esforço físico, foi onde descobriram que eu tinha alguma coisa e me orientou buscar um médico cardiologista. Mas eu vim para casa e não dei muita bola. Procurei o médico tudo, aí ele me encaminhou aqui para fazer o cateterismo, aí não saí mais.” (E6)

Observa-se, neste depoimento, que os desconfortos foram minimizados pelo paciente, mas, mesmo assim, buscou atendimento. Entretanto, verifica-se que as práticas de saúde, ainda parecem estar centradas nos resultados de exames, sem levar em conta a singularidade e o contexto de vida de cada sujeito. Desta forma, o paciente também acaba acreditando estar bem e retorna as suas atividades diárias, sem que haja uma continuidade do cuidado. Com isso, os pacientes portadores de doenças crônicas, como os com doença cardíaca, ao receberem um cuidado fragmentado e, muitas vezes, pontual, focalizado apenas nas necessidades agudas, acabam não se percebendo como doente crônico, o que influencia todo o processo de adoecimento e reabilitação.

Nesse sentido, parece haver uma ruptura entre o saber médico e o saber popular concernente à significação da doença, já que, para os participantes, a doença estaria vinculada à impossibilidade de realizar suas atividades diárias, enquanto que, para o saber médico, o que atesta o adoecimento são exames e parâmetros científicos⁽¹¹⁾. Identificou-se, assim, que a aceitação do adoecimento cardíaco é um processo

complexo, que envolve um compromisso entre universos simbólicos diferentes, como relatado a seguir:

“[...] porque eu me sentia com muita falta de ar. Daí meu coração já estava praticamente sem força.”(E8)

“[...] eu andava meio ruim, mas trabalhando, sentindo dificuldades para trabalhar, me atacava o fôlego às vezes, tinha dor na nuca, dor forte. Até minha pressão era baixa, depois pegou a subir, alterar.”(E4)

O reconhecimento do adoecimento, por parte do paciente, parece estar associado ao confronto com a impossibilidade de desempenho de sua rotina. Um dos aspectos mais ressaltados pelos participantes, nesse âmbito, diz respeito ao desempenho em atividades produtivas, que são mantidas a qualquer custo, até que o corpo não mais suporte a dor ou o desconforto.

Mediante tal cenário, os participantes parecem dar-se por vencidos e reconhecem que algo não está bem consigo, buscando auxílio. Assim, partindo do pressuposto que os sintomas da doença não são, na maioria das vezes, perceptíveis aos olhos do paciente, este deve aceitar que outro fale dele e de sua condição⁽¹²⁾. Para tanto, tem de abdicar de seu lugar enquanto sujeito possuidor de sua vida e de seu corpo⁽¹²⁾. Além disso, cabe ressaltar que, nos achados, surge a surpresa em descobrirem-se com uma doença do coração, pois acreditavam jamais serem acometidos por tal enfermidade, conforme exposto a seguir:

“[...] eu era um homem são, que achava que nunca ia ter uma recaída assim. Eu via, o fulano tem problema de coração. Agora chegou até mim! Não sentia nada, nunca senti nada.”(E7)

“[...] meu Deus nem sei te dizer!!! Eu não esperava isso, jamais pensei. Para mim isso só acontecia para os outros.”(E2)

A descoberta da doença cardíaca é relatada de forma enfática, destacando a reação de surpresa, diante da confrontação com essa realidade. Pode-se interpretar que, a surpresa, surge pelo fato destes sujeitos considerarem-se jovens, portanto inatingíveis por qualquer adoecimento. Destarte, o adoecimento do coração gera, nesses sujeitos, uma reflexão constante frente o processo de morrer e a morte, concretizando o fato de que não somos seres imortais, apesar de, muitas vezes, acreditarmos ser.

Sendo assim, observou-se que existem dois momentos de surpresa para os entrevistados. Um deles, conforme exposto anteriormente, dá-se ao receberem a notícia de que estão acometidos por uma doença cardíaca. Já, o segundo, relaciona-se a necessidade de realização da cirurgia de revascularização do miocárdio, o que está melhor explicitado na categoria a seguir.

Diante da necessidade de realizar a cirurgia cardíaca: explosão de sentimentos

Considera-se que, o tratamento cirúrgico, traz consigo uma carga significativa de dramaticidade para os indivíduos que a ele se submetem⁽⁹⁾. Trata-se de um tratamento invasivo, muitas vezes considerado agressivo, que gera inúmeros sentimentos, expectativas e vivências singulares. Em muitos casos, os indivíduos ficam expostos a uma situação dicotômica: entre a vida e a morte⁽¹³⁾. Os depoimentos abaixo revelam os mais diferentes sentimentos, conforme exemplo:

“[...] mas olha me pegou de surpresa, me pegou de surpresa, me deu de repente. Então quanto antes melhor para mim, que fizesse a cirurgia.” (E4)

Embora, a cirurgia tenha um caráter de situação limítrofe, na medida em que representa riscos para a vida⁽¹³⁾, o depoimento também revela que, o sentimento de que ao permanecer sem ela, pode representar maior risco de morte. Assim, além da surpresa, esses sujeitos também são afetados de medo diante o procedimento:

“A primeira impressão que te dá é um choque, mas depois fui acostumando com a ideia e fiquei tranquilo. Sempre tive medo: vão tirar meu coração, vão mexer. Como é que eu não vou estar com medo? Eu estou com medo.”(E6)

Os sujeitos, no momento da alta, percebem sua vivência com sentimentos de ambiguidade. Assim, nota-se que, o primeiro momento, antes da cirurgia, é marcado pelos sentimentos de medo/choque e, após a cirurgia, parece prevalecer um sentimento de tranquilidade. Tal sentimento pode mostrar-se vinculado à suposição de que o procedimento acarreta dor, vulnerabilidade e sofrimento, caracterizados pela cirurgia em si, pela hospitalização e a possibilidade real de morte⁽¹⁴⁾. Estudo realizado com pacientes em pós-operatório de cirurgia cardiovascular, da mesma forma, revela que as principais reações desses sujeitos frente à necessidade de realizar a cirurgia cardíaca são: nervosismo, ansiedade e insegurança⁽⁷⁾. Isso evidencia que essa experiência é singular, carregada de emoção, exigindo dos profissionais de saúde, além de conhecimento técnico-científico sobre todo o processo cirúrgico e de reabilitação, a sensibilidade para buscar interagir com esses sujeitos e seus familiares, de forma a possibilitar um espaço para a expressão desses sentimentos.

Nesse sentido, alguns entrevistados também referem ter ficado tristes, ao saber que precisavam realizar a cirurgia, tendo

dúvidas se sobreviveriam a mais um procedimento dessa natureza, visto que já haviam realizado o mesmo procedimento em tempos passados:

“ [...] eu fiquei triste. Eu achei: mais uma cirurgia agora para fazer. Achei que não ia aguentar. Mas graças a Deus deu certo.” (E5)

“ [...] foi triste [choro] ... Saber que eu ia ser cirurgiado numa situação em que não sabia, de vida e morte. O que seria de mim? [...] Fui consciente e com fé em Deus que um dia eu sairia disso aí e estou aqui batalhando.” (E8)

Dessa forma, os pacientes relatam entregar a vida nas mãos de Deus e aceitar a cirurgia de revascularização. Aceitar o adoecimento é também aceitar a finitude, senão da vida, da potencialidade do corpo. Essa situação parece ser acentuada mediante o simbolismo do órgão e da importância que, de fato, tem fisiologicamente. Assim, tal aceitação parece se dar sempre de forma ambivalente⁽¹²⁾. Um dos sujeitos diz que, por vontade própria, não teria feito a cirurgia:

“ [...] não queria ter feito, por vontade própria, mas aconteceu [...] Faceiro de mais por estar vivo.” (E1)

A necessidade de submissão ao procedimento cirúrgico pressupõe a internação hospitalar, o que acaba por gerar uma série de implicações imbricadas nas vivências subjetivas do tratamento. Dentre elas, destaca-se a despersonalização, processo que remete o sujeito a uma posição passiva, colocando-o numa perspectiva existencial de assujeitado aos procedimentos e tratamentos médicos⁽¹⁰⁾. Destaca-se, nesse escopo, a menção de uma posição de constante mal-estar, na medida em que os indivíduos não

podem manter seu papel social como responsáveis por seus corpos e suas vidas diante da hospitalização⁽¹⁰⁾.

Ainda é importante destacar que, o simples fato de estar no espaço hospitalar, pode remeter à condição de impotência gerada pela doença⁽¹²⁾. Nesse sentido, ao serem questionados se sabiam da necessidade de ter realizado a cirurgia, alguns sujeitos perceberam como uma condição imposta, sem de fato terem esclarecimento perante a necessidade de realizá-la ou não, conforme exposto a seguir:

“ [...] nem isso eles explicam para a gente. (E3) Não, não sei. O médico disse que eu tinha que fazer a cirurgia.” (E9)

“Eu sei que fizeram a cirurgia meio rápido porque o problema estava grave, foi o que me passaram, só isso.” (E6)

Dessa forma, a confrontação com a doença parece acontecer de forma duvidosa. Não há nenhuma marca evidente no corpo que indique a problemática, de maneira que é necessário, para que o paciente aproprie-se do quadro que vivencia, acreditar no relato de outra pessoa, em exames e recursos tecnológicos. Tal contexto, parece evidenciar uma situação de extrema impotência e de desapropriação de seu próprio corpo. O indivíduo é destituído do lugar daquele que pode falar de si mesmo e nomear a sua problemática, podendo iniciar, assim, um processo de despersonalização⁽¹⁰⁾.

Por isso, acredita-se que os pacientes precisam receber esclarecimentos coerentes e condizentes com sua patologia e com a necessidade da realização do procedimento cirúrgico. Porém, diante do depoimento abaixo, pode-se refletir que há certa fragilidade/despreparo dos profissionais da saúde ao abordarem os pacientes:

“[...] me explicaram que se eu não fizesse, eu ia caminhando e podia cair morto, que a válvula está frouxa e botaram uma mamária.” (E5)

“Sim, porque ele [o médico] achou que, que tinha que fazer essa...como é que é...a safena...Aí ele explicou, mas eu não lembro assim tudo.” (E10)

Como pode ser visualizado, o paciente recebe informações um tanto ameaçadoras. Nesse sentido, a experiência é sentida como limítrofe, na medida em que, conforme os significados atribuídos pelos sujeitos, não há outra alternativa de tratamento resolutiva⁽¹²⁾.

O profissional médico aparece como o único informante desses sujeitos, o qual tenta, de forma fragilizada, explicar o porquê da necessidade da cirurgia. Este estudo mostra, ainda, o fato de que as orientações do enfermeiro passam despercebidas pelos pacientes, o que traz dúvidas sobre a existência ou não dessas orientações e de que forma são oferecidas.

Acredita-se, assim, que as orientações não devem ser centralizadas apenas em um profissional. Ao contrário, devem buscar integrar várias abordagens (multiprofissionais) para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde e, principalmente, no contexto das cirurgias cardíacas. Dessa forma, se reduziria a fragmentação do cuidado e as orientações seriam voltadas para um espaço favorável, onde os sujeitos possam falar de seus sentimentos e os profissionais em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional.

Para tanto, urge que os profissionais da saúde, dentre eles os de enfermagem, busquem o desenvolvimento de estratégias que oportunizem maior interação com os pacientes. Obter conhecimentos sobre as percepções e sentimentos dos pacientes a cerca do momento vivido, em especial

daqueles acometidos por doença cardiovascular, é um passo importante.

Neste sentido, o profissional de enfermagem, com seus conhecimentos e vivências, pode auxiliar o paciente no enfrentamento da doença cardíaca coronária e do processo cirúrgico de revascularização miocárdica⁽¹⁵⁾. Além disso, alguns aspectos, em especial, precisam ser considerados no cuidado de enfermagem às pessoas submetidas a CRM, particularmente, os relativos à manutenção de relações de cuidado amistosas, de confiança e de suporte emocional, para superar as ausências familiares e as mudanças no estilo de vida. O processo de educação em saúde deve permear toda ação do profissional enfermeiro, visando a manutenção e motivação para o autocuidado e hábitos saudáveis⁽¹⁶⁾.

Estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ apontam que a atuação do enfermeiro é essencial em todas as fases que envolvem o procedimento cirúrgico. No período pré-operatório, a realização de educação em saúde, abordando os diversos aspectos relacionados ao procedimento e processo de reabilitação, contribui no sentido de empoderar os pacientes, corresponsabilizando-os pelo processo cirúrgico, além de oportunizar o estabelecimento de uma efetiva interação, inclusive a partir do compartilhamento de conhecimentos e experiências, que se traduzam em uma vivência mais tranquila e estímulo ao autocuidado⁽¹⁷⁾. Já, na fase pós-cirúrgica, a atuação do enfermeiro em programas de reabilitação cardiovascular, especialmente em associação ao trabalho de uma equipe multidisciplinar, pode representar suporte terapêutico e educativo, para que os pacientes reassumam uma condição ativa e produtiva no meio social⁽¹⁸⁾, além de possibilitar acesso a informações sobre estratégias de autocuidado e seguimento de hábitos saudáveis de vida.

Portanto, espera-se que o enfermeiro possa desempenhar a função de educador, especialmente utilizando-se da educação em saúde, no intuito de auxiliar os pacientes a se adaptarem ao processo de adoecimento e de hospitalização que enfrentam, aderindo à terapêutica proposta e tornando-os dispostos a enfrentar os problemas quando confrontados com situações novas⁽⁵⁾.

No entanto, a enfermagem necessita atentar para a importância do desenvolvimento de ações educativas, adequadas ao nível de compreensão dos pacientes, orientando-os de forma clara, compreensível, segura e profunda. Com isso, é fundamental que promova a articulação entre o conhecimento científico e sua transmissão ao paciente, respeitando-se sua individualidade e capacidade de entendimento⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, urge que os profissionais de enfermagem revigorem a sua capacidade de comunicação com os pacientes⁽²⁰⁾, no intuito de contribuir-se efetivamente com o processo de compreensão da experiência de adoecimento, com melhores condições de enfrentamento do processo de reabilitação. Particularmente, nesse caso, diante do significado que tem, para os pacientes submetidos a CRM, o adoecimento do coração e a realização do procedimento cirúrgico, há necessidade de agregar, ao cuidado de enfermagem, estratégias de interação com pacientes e familiares, que permitam otimizar o processo comunicativo.

Isso poderá trazer repercussões positivas, não só para o enfrentamento do processo de hospitalização em si, mas também para o seguimento da etapa de reabilitação. Para tanto, é essencial que a enfermagem agregue conhecimento técnico científico e compreensão acerca das necessidades vivenciadas pelos pacientes, em especial aos pacientes em pós-operatório de cirurgia

cardíaca, como forma de otimizar a assistência a ser prestada⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo destaca os significados atribuídos à doença, o processo de adoecer e a cirurgia para pacientes pós-cirúrgicos cardíacos. Dentre eles, salientam-se as dificuldades de apropriação do quadro da doença e a surpresa diante a necessidade de ter de realizar o procedimento cirúrgico.

Os dados apontam que há pouca relevância à sintomatologia do adoecimento e a negação do mesmo, por parte dos sujeitos, fato que retardou a busca por cuidado. Desta forma, o adoecimento passa a ser percebido, pela maioria dos participantes, a partir da impossibilidade de se desempenhar as tarefas cotidianas.

Diante da necessidade da realização da cirurgia cardíaca percebe-se a dicotomia de sentimentos, prevalecendo o medo no período pré-operatório e aparente tranquilidade no pós-operatório. A cirurgia é revelada como uma condição imposta, o que sinaliza a fragilidade/despreparo dos profissionais ao abordarem esses sujeitos, fornecendo informações um tanto ameaçadoras.

Entende-se que a concretização do adoecimento crônico, para esses sujeitos, torna-se um processo complexo, uma vez que as práticas de saúde centram-se em cuidados especializados, exames e parâmetros científicos. Ressalta-se a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, as quais dependem, principalmente, os profissionais que compõem as redes de saúde. A educação em saúde deve, cada vez mais, fazer parte desse cotidiano, tornando-se um cuidado mais extensivo e regular durante todo o tratamento, em que possa haver mais diálogo e compartilhamento de conhecimentos.

O estudo evidencia também que as

orientações de enfermagem parecem não ter sido significativamente percebidas pelos sujeitos, uma vez que o profissional enfermeiro não foi mencionado, pelos participantes do estudo, como responsável pelo fornecimento de informações/orientações. Tal achado leva a reflexões sobre a atuação do profissional enfermeiro o cuidado a esses sujeitos, com destaque especial para a importância de agregar-se, a conjunto de ações desenvolvidas, o estabelecimento de um processo efetivo de comunicação, assim como da educação em saúde. Essas podem se constituir em estratégias para qualificar o cuidado de enfermagem a pessoas submetidas a CRM.

Destaca-se, como principal limitação do estudo, o fato de ter sido desenvolvido em uma única instituição, o que limita a possibilidade de generalização dos achados. Nesse sentido, recomenda-se que mais estudos sejam desenvolvidos com sujeitos que vivenciam essa experiência, como forma de buscar-se mais subsídios sobre o tema, em especial, no que tange a atuação do enfermeiro com essa clientela.

REFERÊNCIAS

1- Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde (OMS)/MS; 2010.

2- Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Rev Ciência Saúde Colet.* 2012 jan; 17(1):7-17

3- Fox K, Garcia MAA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary The task force on the

management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2006 nov; 27(11):1341-81.

4- Fernandes MVB, Aliti G, Souza EM. Perfil dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletr Enf.* 2009 out/dez; 11(4):993-9.

5- Teixeira MV, Corrêa AR, Silqueira SMF, Vilma D. Avaliação dos resultados das orientações pré-operatórias a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva. *R Enferm Cent O Min.* 2013 mai/ago; 3(2):620-31.

6- Carvalho ARS, Natsuda LN, Stuchi RAG, Coimbra JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletr Enf.* 2008 abr/jun; 10(2):504-12.

7- Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. *R Enferm Cent O Min.* 2011 jul/set; 1(3):305-12.

8- Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.

9- Helmann CB. *Cultura, saúde e doença.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

10- Wottrich S H. *Manifestos do coração: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos.* [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2011.

11- Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira ALF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005 dez; 14(Esp.):116-24.

12- Brito ES, Rabinovich EP. The family also becomes sick! Changes secondary to stroke occurring within families. *Interface - Comunic Educ Saude.* 2008 out/dez; 12(27):783-94.

- 13- Galter C, Rodrigues GC, Galvão ECF. Perception of patient with heart disease for an active life recovering from cardiac surgery. *J Health Science Institut.* 2010 jul/ago; 28(3):255-58.
- 14- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 15- 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 jan/mar; 26(1):8-13.
- 16- 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 Latino-Am Enfermagem.* 2013 jan/fev; 21(1):[08 telas].
- 17- Camponogara S, Soares SGA, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Min Enferm.* 2012 jul/set; 16(3):382-90.
- 18- Dalla Lana L, Camponogara S, Bottoli, C, Silveira M, Cielo C, Rodrigues IL. Perfil de pacientes em reabilitação cardíaca: implicações para a enfermagem. *Rev Pesq: Cuid Fund.* 2014 jan/mar; 6(1):344-56.
- 19- Telles Filho PCP, Vieira NF, Miasso AI, Rezende D. Conhecimento de um grupo de pacientes sobre medicamentos digitálicos por eles utilizados. *R Enferm Cent O Min.* 2013 jan/abr; 3(1):531-8.
- 20- Menuci C, Vargas MAO. Coronariografia no laboratório de hemodinâmica em um hospital público: conhecimento dos pacientes. *R Enferm UFSM.* 2011 Mai/Ago;1(2):194-203.

Recebido em: 13/03/2014
Versão final em: 20/04/2014
Aprovação em: 22/04/2014

Endereço de correspondência
Silviamar Camponogara
Rua Visconde de Pelotas, 1530/201.
Santa Maria - RS
E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br