

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ESTÁGIO CURRICULAR
ENF 99003

PERCEPÇÃO DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE
CIRURGIA CARDÍACA EM RELAÇÃO À VISITA NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUTORA
JULIANA KRÜGER

Porto Alegre, julho de 1999.

P R O F E S S O R O R I E N T A D O R

ISABEL CRISTINA ECHER

- Professora Assistente da Escola de Enfermagem da UFRGS.
- Mestre em Educação pela PUCRS.
- Membro do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem.

“O ser humano não vive sozinho, existe um todo atrás dele, algo que se chama família, que ele traz com ele... toda a estrutura básica que nós levamos para vida, nós podemos acrescentar muitas coisas, mas as raízes estão lá na família...”

(Santos, 1996, p. 141)

A G R A D E C I M E N T O S

- Aos pacientes, que com seus depoimentos, me permitiram chegar a este momento.
- À minha família, pelo apoio e incentivo que me fizeram forte para encarar as dificuldades. Por me escutarem e respeitarem na escolha deste curso.
- À professora Isabel Cristina Echer, orientadora desta pesquisa, pela atenção e afeto que nunca me faltaram. Pelas sugestões e críticas sobre o conteúdo do trabalho e pelo interesse em me ajudar também no campo de estágio.
- À enfermeira Mara Regina Onzi, pelo carinho e paciência em me ensinar e que serviram de incentivo para realizar meu grande sonho de trabalhar com pacientes de terapia intensiva.

SUMÁRIO

1. Introdução	07
- Questão de pesquisa	09
- Objetivos	09
2. Método	11
- Local	11
- Amostra	12
- Instrumento	12
- Procedimentos para coleta de dados	13
- Procedimentos de análise dos dados	13
3. Apresentação e Análise dos dados	15
- Dados demográficos dos entrevistados	15
- Achados das entrevistas	16
- Categorias:	
- A visita é importante	16
- Aceitam o horário de visita	22
- O visitante ideal	25
- A dificuldade de relação com o visitante numa	

situação crítica	28
- Sentimentos no pós-operatório	30
- Melhorar a qualidade de vida	32
4. Considerações Finais	35
5. Referências bibliográficas	37
6. Anexos	
- A. Entrevista semi estruturada para o paciente	40
- B. Termo de consentimento pós-informação do participante da investigação	41

1. I N T R O D U Ç Ã O

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local do hospital que recebe pacientes recuperáveis graves e de alto risco onde a vigilância contínua é fundamental, já que mudanças rápidas nos parâmetros clínicos podem exigir decisões imediatas e precisas.(Dias et al,1988).

A unidade em estudo atende a seis pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para a adequada assistência necessita-se de um grande número de funcionários. Só da enfermagem, seis pessoas identificam-se como cuidadores a cada dia, distribuídos nos diferentes turnos. Para esses pacientes em mal estado geral e sob o efeito de sedativos, gravar os nomes e a fisionomia de cada cuidador é quase impossível. Penso que esta rotina pode constranger o paciente que está lúcido e orientado, pois todos os cuidados com a sua higiene são tarefas de um “estranho”, que agilmente dá o banho no leito, realiza a higiene oral, aspira as secreções respiratórias, coloca a comadre, entre outros cuidados. Para Silva (1996) e Crossetti et al (1996) os elementos que constituem o cuidar são a tolerância, a disponibilidade, o diálogo, o respeito e o amparo. Também Castro (1990) em seu estudo sobre a experiência de pacientes internados em UTI, diz que a enfermagem valoriza muito mais os

procedimentos técnicos, a doença, e esquece a dimensão humana do paciente. Ela chama de assistir despersonalizado, onde toda a atenção da equipe está no corpo biológico e nos aparelhos em uso.

Um estudo realizado por Koizumi, Kamiyama e Freitas (1979) revela que os principais problemas sentidos pelos pacientes gravemente enfermos foram: a separação da família, os procedimentos de manutenção da respiração a que são submetidos e o fato de estarem em ambiente desconhecido e agressivo.

Acredito que nesta fase do tratamento cirúrgico, em que o paciente necessita de vigilância contínua, sentindo-se fraco e invadido, a presença de uma pessoa amiga ou familiar pode ser muito significativa na sua recuperação. Concordo com Cleveland (1994) quando diz que a visita dos familiares não é um privilégio dado pelos hospitais e sim uma necessidade para auxílio na terapêutica.

Na unidade de estudo os horários de visitas são distribuídos em manhã, tarde e noite com 30 minutos de duração. O serviço de segurança organiza a entrada do visitante nestes horários, fornecendo um cartão que identifica o box do paciente. Eventualmente a visita pode ser adiada em função de procedimentos ou intercorrências com o paciente.

Neste serviço o número de visitantes não é limitado, entretanto é permitida a entrada de somente uma pessoa de cada vez. O paciente em condições de expressar suas vontades tem o direito de escolher quem ele prefere receber. Durante os horários

de visita é comum o familiar procurar a enfermagem para obter informações sobre o estado de saúde do seu paciente, mas é rotina nesta unidade as informações serem dadas pela equipe médica após esses horários.

Dentre as razões que me levaram a escolher este tema está minha experiência, enquanto aluna de enfermagem nesta unidade, ao ver a solidão desses pacientes diante de outros pacientes e dos cuidadores. Segundo Crossetti (1997) o que a família e o paciente esperam da equipe de saúde, além da ação terapêutica, é compreensão e apoio para enfrentar o mundo do hospital. Acredito que ser paciente em UTI deve ser difícil, tanto para o paciente quanto para o visitante, por isso o apoio de uma pessoa conhecida pode contribuir para sua recuperação.

Questão de pesquisa: Esta investigação propõe-se a desvelar qual a percepção do paciente em relação a visita na Unidade de Terapia Intensiva.

O B J E T I V O S

- Conhecer os sentimentos do paciente em relação à visita durante a internação na terapia intensiva.
- Conhecer qual a percepção do paciente em relação aos horários de visita na terapia intensiva.

- Saber quem é o melhor visitante de um paciente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.

2. M É T O D O

A investigação foi qualitativa com caráter exploratório e descritivo.

Local: Os locais selecionados para a realização da pesquisa foram as unidades cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados pacientes submetidos à cirurgia cardíaca e que fizeram o seu pós-operatório imediato na área de terapia intensiva coronariana deste hospital. Este serviço é denominado CTICC – Centro de Tratamento Intensivo Clínico-Cirúrgico¹, está situado no 13º andar e dispõe de seis leitos distribuídos numa mesma sala que são separados apenas por cortinas. A unidade em estudo tem um ambiente frio, as janelas estão sempre fechadas e a luz é quase que totalmente gerada por eletricidade. O paciente usa somente as roupas do hospital e a alimentação é controlada pela equipe médica e pela nutrição. Eventualmente algum alimento pode ser trazido pelos familiares, desde que não altere a dieta prescrita.

¹- Neste trabalho usaremos a terminologia Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por ser a mais usualmente conhecida.

Amostra: Foram entrevistados cinco pacientes adultos a partir do 6º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca, lúcidos e orientados, já em unidade de internação cirúrgica, em bom estado geral, capazes de manter uma entrevista e concordantes em participar da pesquisa. Optamos por entrevistar pacientes que passaram pelo mesmo tipo de intervenção cirúrgica a fim de uniformizar esta amostra. São pacientes que ficaram no mesmo local, com a mesma equipe e que usaram procedimentos invasivos semelhantes.

A amostra foi acidental uma vez que a autora utilizou os sábados à tarde para aplicar o instrumento, se valendo dos pacientes que preencheram os requisitos e estavam disponíveis neste período. As entrevistas foram feitas pela própria autora com o objetivo de uniformizar a abordagem.

Instrumento: Os dados foram coletado pela pesquisadora, através da entrevista semi estruturada, conforme proposta de Triviños (1987), porque esta dá liberdade de ação em direção ao tema que busca investigar, valorizando a presença do investigador e oferecendo ao entrevistado oportunidade e liberdade para enriquecer a investigação. As entrevistas foram gravadas com a permissão dos pacientes, e posteriormente transcritas em microcomputador pela pesquisadora. O entrevistado teve tempo livre para resposta e o tempo médio foi de 30 minutos para cada entrevista.

A entrevista semi estruturada em sua primeira parte, continha questões sobre dados demográficos, a fim de recolher informações sobre o perfil dos pacientes que constituíram a amostra, e posteriormente questões que elucidaram os objetivos desta

pesquisa (Anexo A). O instrumento foi acompanhado por um termo de consentimento do respondente (Anexo B), onde foi garantido o caracter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade.

Procedimentos para coleta de dados: O método utilizado para a coleta de dados da investigação constituiu-se da entrevista a cada sujeito da amostra, na instituição selecionada. Antes de aplicar a entrevista, foi realizado uma breve explanação sobre o objetivo da investigação, informando que ela buscava identificar os sentimentos dos pacientes em relação à visita, durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva.

Procedimentos de análise dos dados: As entrevistas foram analisadas através da metodologia de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977).

“A análise de conteúdo se constitui num conjunto de instrumentos metodológicos, que asseguram a objetividade, sistematização e influência aos discursos diversos”

(Barros, 1988, p.70)

A análise de conteúdo é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Pré-análise é a fase da organização e tem como objetivo sistematizar as idéias iniciais. É quando se estabelece um programa que pode ser flexível mas deve ser preciso.

Exploração do material é a fase mais longa e cansativa pois consiste de operações de codificação e enumeração, em função de regras pré-estabelecidas.

Tratamento dos resultados é a fase em que os achados da pesquisa são tratados de modo que fiquem significativos e válidos. É quando se põe em relevo as informações fornecidas pela análise.

3 . APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos resultados desta investigação é dividida em duas etapas. Na primeira, são apresentados os dados demográficos dos entrevistados e na segunda, estão descritos os achados da análise do conteúdo do material obtido.

DADOS DEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

Os dados demográficos dos sujeitos são demonstrados através de um quadro a fim de ilustrar o perfil dos pacientes que fizeram parte da amostra. Este quadro mostra o nome fictício, o sexo, a idade, o grau de instrução e a residência dos sujeitos. Observa-se que foram analisados os depoimentos de duas mulheres e três homens.

Quadro 1: Sujeitos da amostra

Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Residência
Vitor	M	57	4 série	Interior RS
Carlos	M	44	2 grau	Porto Alegre
Miguel	M	72	Não estudou	Grande POA
Marta	F	52	3 série	Outro estado
Vera	F	41	2 grau	Porto Alegre

ACHADOS DAS ENTREVISTAS

Para a análise dos dados foi utilizado a técnica de Análise de Conteúdo, preconizada por Bardin (1977), onde foram levadas em consideração apenas os depoimentos dos sujeitos como unidades de análise. Assim, com a transcrição fiel das entrevistas gravadas e posterior leitura, os dados foram agrupados em sistema de categorias, evidenciando-se os temas mais significativos a serem interpretados. Com a análise dos depoimentos emergiram as seguintes categorias: **A visita é importante, Aceitam o horário de visita, O visitante ideal, A dificuldade de relação com o visitante numa situação crítica, Sentimentos no pós-operatório e Melhorar a qualidade de vida.**

1. A VISITA É IMPORTANTE

“A mudança de ambiente, a ruptura de sua rotina diária, o afastamento do grupo social, a tecnologia avançada que está presente no dia-a-dia destes pacientes contribui para a sua fragilidade emocional. Nestes momentos difíceis o contato com os visitantes tende a melhorar este quadro tanto para o paciente como para o familiar”

(Echer et al, 1999, p.3)

De acordo com Lautert et al (1998) quanto melhor a relação entre acompanhante e paciente, maior a possibilidade de atingir a recuperação da saúde, uma vez que esta relação pode representar força e energia para o paciente.

Nos depoimentos abaixo fica claro que, para os pacientes, receber visita representa uma fonte de apoio, já que estes encontram-se enfraquecidos por terem passado por um momento de grande medo e de dúvidas, que foi a cirurgia cardíaca. Receber alguém conhecido neste momento é entendido como incentivo à vida, a ficar curado. Eles entendem que o visitante pode trazer essa força.

Carlos *“Pra mim foi a coisa mais importante, acho que não é pra mim é pra todo mundo: qualquer paciente, se não tiver ninguém da família junto para te dar uma força, tu perde a vontade de viver, vontade de se curar. Eu nunca fiquei sozinho.”*

Vera *“... eu acho até que foi assim, a força da família que segura mais.”*

Vera *“Eu senti que a família estava mais unida, que a gente, por exemplo assim: tu no teu dia-a-dia, tu trabalha, quase não tem tempo pras pessoas, né? Nós somos uma família unida (...) Um fica doente, todo mundo, natal, festinha, estas coisas, né? Mas cada um no seu cantinho. Mas eu senti assim, que eu nunca consegui reunir, nem em festa, tanto familiar como numa doença.”*

Vera *“Porque a gente recebe dois cartões de familiar. Por exemplo, se tem uma filha, um marido, uma tia ou uma mãe que tu quer que fique mais tempo, tu dá o cartãozinho, tu reveza com este cartãozinho as pessoas. E as visitas amigos, sabe, pode ficar só meia hora que já é o máximo.”*

Marta *“... todos os horários e todos os dias ela vinha (...) eu gostava muito. O dia que ela não vem, Deus o livre. Nós nos damos muito, eu e ela. Somos muito amigas.”*

Esta paciente que mora em outro estado não teve a família por perto, mas foi eleita uma pessoa conhecida que estava disponível para acompanhar o tratamento cirúrgico e que era tão importante como um familiar. Santos (1996) reforça que para algumas pessoas a família inclui outros elementos tão importantes quanto o pai, a mãe e os filhos.

Vera *“... teve horário que não venho ninguém, mas eu pensei assim: bom, não venho porque minha filha estuda neste horário que era o horário da tarde, né? Minha tia trabalha, meus tios, meus primos tudo trabalham (...) eu consegui não sentir falta porque eu achei que isso era o normal deles, porque eles têm a vida deles também, assim como eu tenho a minha.”*

Esta paciente sabe que para os familiares virem até o hospital nos horários estabelecidos para a visitação pode ser inviável em alguns momentos, devido às obriga es e ao trabalho que, muitas vezes, não pode deixar de ser feito. Receber

visitas é tão importante para os pacientes que quando a visita não acontece eles procuram desculpá-los.

Segundo Echer et al (1999) ser familiar de paciente internado em terapia intensiva não é tarefa fácil, porque além de acompanhar diariamente o sofrimento de uma pessoa querida, o familiar precisa deixar seus afazeres para conseguir visitar o doente.

Vera *“Mas teve gente lá que passou um pouco mal, sabe? E aí a primeira coisa: chama a minha mãe, chama a minha mulher! Ai eles chamam, eles telefonam.”*

É tranquilo para os pacientes aceitarem os horários de visita quando eles sabem que isto pode ser modificado quando eles sentirem necessidade. Andrade et al (1997, p.131) dizem *“que o enfermeiro não pode deixar de considerar que o paciente não é um ser abstrato e isolado, mas sim que encontra-se inserido num contexto social e especificamente familiar.”*

Os pacientes se sentem confortáveis só em saber que o familiar está na sala de visitas, e que em uma necessidade eles podem entrar:

Vitor *“Minha mulher e minha irmã ficaram aqui nos primeiros três dias. Então iam dormir num hotel. E às vezes eles autorizavam no cartão que ficasse as duas a hora que queria. Que o certo é uma só. Mas eles autorizavam no cartão por*

24 horas, saía a hora que queria, então mais que assim. Eu não pensava que fosse assim.”

A permanência do familiar por mais tempo é permitida em situações especiais e a autorização é dada pelo enfermeiro, segundo sua experiência e seus princípios. Para Andrade et al (1997, p.125), a avaliação da presença do familiar no hospital é muito subjetiva, porque o que prevalece é a opinião individual de cada profissional. *“A avaliação da presença do familiar no hospital, por sua vez, geralmente é feita em termos de ajuda que a família dá, bem como das vantagens desta presença para o desenvolvimento do cuidado profissional”*.

Também é citado pelos entrevistados a importância de ter um acompanhante durante a internação na UTI, como podemos observar no depoimento:

Miguel *“Na minha opinião poderia ter um familiar permanente, leva o cartãozinho e passa o dia ali. Seria ótimo até ...”*

Shiotsu (1999) relata que ser acompanhante de paciente adulto hospitalizado é um processo difícil e cansativo, mas importante porque demonstra amor, dá apoio emocional, transmite força e coragem, assegura o atendimento da equipe e facilita a comunicação.

Os entrevistados também referem a necessidade de receber apoio da equipe:

Carlos “... tu sente, claro, a falta de uma esposa, de uma filha, de uma mãe, de um pai, isto é normal. Mas o grupo de enfermagem lá em cima e os próprios médicos, eles não te deixam puxar este sentimento. Eles tão sempre perguntando como é que tu tá, se tá sentindo dor, ou tão conversando contigo. Então quer dizer, tu está sempre cuidado.”

Segundo Mirshawka (1994) uma assistência de enfermagem com qualidade envolve atenção, cuidado, comunicação, preocupação, empatia e orientação. No depoimento acima, isto significa diálogo entre equipe e paciente, tornando mais humano a fase do pós-operatório. Mas nem sempre existe a disponibilidade dos cuidadores, e o que observamos é que a atenção está mais direcionada para os equipamentos de manutenção e para a doença.

Castro (1990) em sua investigação tenta compreender aquilo que considera fundamental no cuidado de enfermagem, que é a compreensão do significado de ser paciente crítico e estar vivendo um momento de ameaça a sua existência. Diz ainda que apesar da emergência na realização da assistência, é possível tratar o paciente da terapia intensiva enquanto ser humano.

A necessidade do ser humano de receber apoio e afeto da família frente a cirurgia é importante para a sua recuperação, como podemos observar nos depoimentos:

Miguel *“A única coisa que me deixou chocado, que inicialmente alguns dos filhos e até a própria esposa achavam que eu não estava doente. Achavam que eu estava é com preguiça (...) só de ver os filhos terem feito o que fizeram eu fico magoado. Eles aceitaram, mas aquela dorzinha fica. Agora está tudo bem, não tem problema. No fundo esperava maior compreensão deles. Porque eu nunca, jamais pensei em ver uma pessoa da família doente, que eu não desse apoio.”*

Vera *“... os médicos já instruíram eles: ela pode falar tanto, não deixa ela falar muito. Daí eles: há, como tu tá bonita! Tu está sabendo que tu tá tenebrosa né?”*

Gurley (1995) e outros autores referem que são os membros da família que oferecem o suporte e o conforto para o paciente durante a sua internação. De fato, quando o relacionamento com a família traz apoio e afeto, o paciente tem entusiasmo para se reestabelecer. No primeiro depoimento, notamos o sentimento do paciente em relação a sua família, que parecia não acreditar na gravidade do problema. A falta de compreensão trouxe sofrimento e a idéia de estar “sozinho” torna mais difícil o pós-operatório.

2. ACEITAM O HORÁRIO DE VISITA

As visitas na UTI acontecem três vezes por dia com 30 minutos de duração e é permitida a entrada de uma pessoa por vez. Os entrevistados estavam satisfeitos com os horários e com a organização da visitação, devido às condições físicas e mentais do

momento. Durante esta internação, a visita rápida serve para trazer amparo aos pacientes, para eles saberem que existem pessoas torcendo pela sua recuperação.

Uma investigação feita por Echer et al (1999) confirma o resultado desta pesquisa, mostrando que a maioria dos entrevistados estavam satisfeitos com o atual sistema de visitação. Conclui que a equipe deve ter bom senso para avaliar os momentos em que a liberação da visita se faz necessária, tanto para atender à necessidade do paciente como de seu familiar ou visitante.

Carlos *“Então o horário é perfeito: é 30 minutos, tu vai lá pra ver como está teu paciente, tudo bem, tudo bem. Quer ficar? Tem sala de espera que tu pode ficar esperando caso venha acontecer alguma coisa. E os médicos e as enfermeiras estão sempre muito em contato com os parentes.”*

Vitor *“... eu já sabia como é que era, que tem horário certo. Até veio minhas irmãs de Bento e eles deixavam entrar. Até às vezes passava uns minutos, eles não reclamavam. Tudo numa boa, não teve nada (...) estava na hora e pronto, saía.”*

Carlos *“Porque dentro de um CTI não é horário pra tá ali. O parente viu (...) Ele tem que estar mais em contato é com o médico ...”*

Miguel *“Pra quem está operado o horário é suficiente porque a gente não tem assim uma disponibilidade mental de tá falando muito.”*

Miguel *“Acho que quem não se contenta com o que é estipulado, não vai se contentar com mais meia hora.”*

Marta *“Eram eficientes (...) Eu já sou acostumada com os outros horários (...) Eu já estive internada na UTI.”*

Vera *“Pra nós é suficiente, sabe porquê? Porque de repente tu tá estressada, tu passou por uma cirurgia e aí, pô, vem um, fica um minutinho ali contigo, vem outro (...) Não há necessidade de mais de meia hora.”*

Vera *“Eu acho que o horário deles é muito bom, eles tem muito controle.”*

Os pacientes são conscientes de que estão internados numa unidade em que as urgências podem ocorrer a qualquer momento, o que para eles é motivo de ter um controle maior em relação aos visitantes, como podemos observar nos depoimentos seguintes:

Carlos *“Lá dentro do CTI é a enfermeira e o médico que controlam, porque não está livre em questão de 5 minutos de ter um ataque, um infarte, e eles tem que tá correndo. Agora tu só imagina um CTI cheio de visitas para os pacientes!”*

Vera *“... não deu assim, pra descansar porque...de repente tu tá bem ou tu tá mal. (...) É uma correria, um agito total dia e noite. Às vezes, tu tem noite calma, às vezes não.”*

3. O VISITANTE IDEAL

Todos os sujeitos desta pesquisa falam que no pós-operatório é mais confortável receber os familiares. Ser paciente internado na UTI é compreendido por eles como estar gravemente enfermo. Trata-se de um momento difícil onde existe o risco de complicações e até o risco de morrer, e o contato com os familiares, principalmente aqueles do convívio diário, representa força para melhorar.

Para Echer et al (1999) quando uma pessoa é acometida por alguma enfermidade é a própria família que compartilha e presta o apoio, e as relações nesses momentos de crise podem ficar mais intensas.

Concordo com Brody (1981) quando afirma que a família é o primeiro cuidador e fonte de apoio social. Em geral, é ela que arca com a responsabilidade de continuar controlando e cuidando da saúde de seus membros. Como podemos observar nas falas abaixo:

Vitor *“Mais era a pessoa da família tá ali. No dia da cirurgia, o filho, o genro estavam juntos ali. E a mulher e a irmã. Eles ficaram no dia da cirurgia até eu me acordar.”*

Miguel *“Mais os familiares. Amigos veio uns quantos, mas amigo ...”*

Marta *“Claro, em primeiro lugar um filho ou filha, mas não dá pra vir, então paciência ...”*

Vera *“Melhor é o pessoal da família. E é conforme a pessoa, né? De repente tu tem um familiar que tu não tem aquele contato diário com ele. Mas eu acho que a família é sempre melhor.”*

Carlos *“Neste momento o contato é com a família (...) é a esposa e as filha (...) ficavam comigo todo o tempo.”*

Um estudo feito por Lautert et al (1998) evidencia que em casos de doença onde existe a necessidade de acompanhante, é a família, e principalmente a mulher com idade superior a 40 anos, que acaba desempenhando este papel.

Os depoimentos a seguir mostram que receber amigos logo após a cirurgia pode causar constrangimento para o paciente, porque na UTI não é possível disfarçar a aparência e as condições de saúde. A família, pelo contrário, não tira a liberdade de expressar as reais condições do pós-operatório:

Vera *“... Com amigos tu não fica a vontade, lá dentro. Tu quer falar, tem uma coisa dependurado na boca, sabe? Tem duas, uma coisinha em cada narina. Os braços tu não pode mexer, e tá sempre assim, sabe? Até meio amarrado na cama com aqueles aparelhos. Não pode te mexer aqui porque tem aparelho lá na telinha. Então*

é uma coisa chata. E os amigos é os amigos. E aquela hora ali é tão ruim. Eu acho que o pessoal da visita é, te dá mais força. Esse pessoal é o da família.”

Vera “É aí que entra a família. Por que, por exemplo assim, se um amigo vai te ver naquele estado, tu fica meio chateada, né? Pô, um saquinho ali dependurado fazendo xixi por sonda, né? De repente tu toma um suco, como eu, quer vomitar, vai vomitar perto de um amigo? Não, então tem a família ...”

A idade do familiar que acompanha o paciente também é importante, como podemos observar no depoimento:

Miguel “Depende da idade da família. Abaixo dos 50 anos, seria a esposa ou marido para ficar junto.”

Ainda em Lautert et al (1998) foi constatado que a maioria dos acompanhantes tem mais de 50 anos de idade. Este resultado é justificado pelo fato de que nesta fase da vida, o indivíduo já está aposentado e tem mais disponibilidade de tempo para acompanhar o familiar internado. As autoras do estudo acreditam que estas pessoas não seriam as ideais para estarem junto com o paciente, devido a possibilidade de algumas limitações que possam apresentar, dificultando sua atuação junto ao paciente.

4. A DIFICULDADE DE RELAÇÃO COM O VISITANTE NUMA SITUAÇÃO CRÍTICA

O pós-operatório de cirurgia cardíaca exige da equipe de saúde uma vigilância contínua, a fim de detectar qualquer alteração. Nas primeiras horas desta fase é indispensável o uso de sondas, drenos, tubos e cateteres, e os pacientes estão ligados a monitores que ajudam nesta vigilância. Mudar de posição no leito é trabalhoso e quando o paciente sente dor esta dificuldade aumenta. Por estarem neste período de convalescência e com a aparência prejudicada, a relação com os visitantes pode ser muito difícil, como podemos observar nos depoimentos:

Carlos *“Tu fica nervoso, tu está numa situação que nunca esteve. Foi a 1º vez que fiz uma cirurgia desse porte. Pô, tô todo costurado, todo cheio de cordão, aparelho aqui, canudo no nariz, quer dizer, tua família nunca te viu com aquilo. O próprio impacto da tua família e o teu já (...) É uma coisa que não tem explicação, uma coisa gozada. Ficava preocupado, queria que elas saíssem logo para não me ver naquele estado. Eu quando vim para o quarto, agora é uma beleza. Elas vem aí, sentam, conversam.”*

Carlos *“A minha filha (...) disse que pensou que não ia poder me ver na CTI. (...) Ela nunca me viu daquele jeito. Mas eu disse: se acostuma, isto é da vida.”*

Carlos “... *Tu não consegues falar. Eles falam contigo, tu só fazes sinal: tudo bom, não. Quer dizer, aquilo já começa a te angustiar. Tu vês tua filha chegar perto de ti e encher os olhos d’água.*”

Carlos “*Eu estava estranho: era fio, era tubo. O máximo que elas podiam pegar era minha mão! E eu nem falar com elas. Aqui no quarto tu tem o contato físico, né? O abraço da mulher, da mãe e do pai é fundamental.*”

No pós-operatório de cirurgia cardíaca, o paciente pode ficar agitado e por isso ele é muitas vezes sedado e as suas mãos são contidas no leito, para evitar que ele retire cateteres, tubos e drenos que são indispensáveis para a sua recuperação. Esta sedação também pode dificultar a relação do paciente com seus visitantes, como podemos observar:

Vitor “... *Logo que eu voltei em si eles deixavam eles ir me ver. Falava pouco mas quando eu abri os olhos eles deixaram ir lá dar uma olhada, porque lá não pode entrar. Eles ganhavam uma licença, foram lá e depois foram embora.*”

Carlos “*E normalmente ali a visita sai, tu automaticamente fazes o teu lanche, ou o que tu tem que fazer e vais dormir, porque o medicamento é forte. Tu tem que se restabelecer, então é perfeito. Tu sentes sono, tu tem vontade é só de dormir.*”

Carlos “*Dentro do CTI, tu sozinho, tu abres os olhos só pra reconhecer as pessoas e dormias de novo. Os medicamentos fortes que tu era obrigado ...*”

Vera *“Porque eu via minha filha, minha tia, daqui a pouco eu não via mais, sabe? Então não deu pra sentir muito. E no outro dia de manhã (...) veio os mais chegados.”*

5. SENTIMENTOS NO PÓS-OPERATÓRIO

“Os problemas que afetam os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, entre outros, estão relacionados ao papel desempenhado pelo coração na vida psíquica do homem, sede dos sentimentos e das emoções, fazendo com que este tipo de cirurgia seja vivido como uma experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outro procedimento médico conhecido” (Nesralla, 1994, p.99)

Um estudo realizado por Echer (1992) revela que a preocupação do paciente em relação ao seu prognóstico e a qualidade de vida após a cirurgia, foram os indicadores mais citados na categoria aspectos psicológicos. O medo está no ato cirúrgico, e a grande satisfação está em acordar no pós-operatório, sentir-se vivo, os acontecimentos a partir daí ficam menos importantes.

Vitor *“Primeiro eu tive medo e bastante, antes da cirurgia. Eu achava que ia entrar na sala de cirurgia e não ia sair mais vivo, porque eu nunca fiz cirurgia do coração. Eu coloquei na mão de Deus e como o médico disse que não tinha mais cura, ou operava ou ia morrer, vamos arriscar ...”*

Marta *“Há, eu chorei quando internei, pensando neles. Se eu ia entrar viva e sair morta, pensei uma porção de coisas. Depois que passou a cirurgia não chorei mais (...) Estava bem tranqüila, com coragem, o que passou já tinha passado, que era a cirurgia. Já estava bem, fora de perigo.”*

Segundo Echer (1992), medo e ansiedade são sentimentos comuns frente a cirurgia e estão ligados a dor do pós-operatório, a anestesia, a incapacidade e a morte. Mas quando o paciente sabe o que vai enfrentar consegue reunir forças para suportar de maneira mais confiante e tranqüila o seu período de internação.

Para Nesralla (1994) todo o estress vivido pelo paciente no pré-operatório é gerado pela incerteza de sua evolução, possibilidade de morrer, separação da família e fantasias em relação ao procedimento cirúrgico. Acredito que esta ansiedade pode ser aliviada quando o paciente está bem informado sobre o que vai ser feito com o seu coração e como será sua convalescência na terapia intensiva.

Vitor *“Eu às vezes chorava por me ver lá, mas se não eu me sentia muito feliz.”*

Miguel *“Não é tanto nervoso, é que a gente pensa será que vai sair bem ou será que vou piorar, é só um pensamento negativo, às vezes (...) que maltrata a gente.”*

Miguel *“Qualquer coisa eu fico muito sentido, mas no resto sou muito forte mesmo. Nunca arrepiei nada, nunca tive medo de nada, nem tão pouco da cirurgia, pra mim foi tudo normal.”*

Vera *“Sei lá, eu senti medo! Medo de ficar lá, mas agora não. Agora eu vi que tudo é passageiro.”*

Vera *“... E senti que viver é bom.”*

Vera *“Em voltar pra casa e viver. Era o mais importante.”*

6. MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

Oliveira (1990) diz que *“o objetivo do tratamento cirúrgico é a correção da isquemia miocárdica para aliviar a angina, melhorar a função ventricular, prevenir o infarto agudo do miocárdio e evitar a morte súbita”* Depois de receber todas as informações sobre a doença e o tratamento, é o paciente quem decide se faz ou não a cirurgia, devendo avaliar os riscos e os benefícios da mesma.

Todos os entrevistados optaram pelo tratamento cirúrgico estando conscientes dos riscos e da possibilidade de morrer na cirurgia. Decidir o que fazer é muito difícil, mas a vontade de ficar curado é maior. Quando acordam no pós-operatório e sentem-se vivos, todos pensam em melhorar a qualidade de vida e cuidar da saúde em primeiro

lugar, nem que para isso seja necessário mudar hábitos de vida, como por exemplo, parar de fumar, fazer atividade física, mudar o ambiente e o ritmo de trabalho, entre outros.

Carlos *“Agora vai mudar muito, depois que eu sair daqui de dentro. A respeito da minha própria vida. Se não quiserem me aposentar, eu vou continuar trabalhando, o serviço tá lá me esperando. Vou parar de fumar, eu já disse pra mulher que terminou. Quero tirar minha filha mais velha do fumo. Porque a gente faz muita besteira. Acho que eu fumo, mas e daí? É a minha vida (...) Quando tu vê ela numa balança, daí tu vê que não é só tua vida que pesa, é a vida de um monte de gente, que tu tem família junto.”*

Carlos *“Desde que me deu enfarte eu soube que teria que operar. Eu fui franco com minha família e disse: vou me operar, é uma chance, pode dar uma parada na mesa, uma infecção. Sempre tem um risco, mas se passar por ele eu tenho mais 20 anos de vida, e se não ele me dava seis meses só com medicamentos. Eu digo: então a decisão é minha e eu escolhi.”*

Vitor *“Olha, eu vendo aquele monte de gente no mesmo estado que eu, eu achei que podia olhar em volta eu senti que ia melhorar, não sei se era vontade ou o que, mas eu achei que ia sair logo de lá. Os equipamentos que tem ali dentro ninguém acredita.”*

Carlos “... *Eu comecei a imaginar o que que eu tinha feito de útil de lá pra cá. De útil o que eu fiz foi estragar minha vida, e claro, construir minha família, foi o mais importante. Mas eu estraguei minha vida, como estraguei muito da minha família ...*”

Carlos “*O médico disse: são três meses sem fazer forças com o tórax. Ele me deu todas as orientações, agora depende de mim seguir e ficar bom. Mas eu quero ficar bom.*”

Carlos “*É um filme que passa pela tua cabeça: o que tu fez até agora, das besteiras que tu fez, porque eu vim parar nesta situação por causa do cigarro.*”

Quando acordam da cirurgia, a sensação de estar vivo é a mais intensa e capaz de impulsionar a realização de novos planos. Todos fazem uma retrospectiva da vida e procuram descartar os hábitos e as atividades que foram prejudiciais a saúde. Existe grande interesse em seguir as orientações da equipe de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes que são submetidos a cirurgia cardíaca vivem um momento crítico e de prognóstico incerto, pois existem riscos de complicações e até de morte. O pós-operatório também traz ansiedade porque vive-se a experiência de estar internado em uma UTI, que é uma unidade preparada para receber pacientes que precisam de vigilância dia e noite. Aos olhos dos pacientes, a terapia intensiva é a unidade do hospital que recebe doentes graves e viver esta experiência traz muito medo, porque reconhecem que suas vidas estão em risco, angústia, por estarem em local desconhecido com procedimentos invasivos e com limitações de fala e movimento, e solidão, por estarem afastados do convívio familiar.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que os pacientes consideram a família de fundamental importância para sentirem-se apoiados, os horários existentes são suficientes para esta fase crítica e a visita ideal é a própria família. Existe dificuldade de relação com o visitante pelas condições físicas e emocionais do momento. Os sentimentos que surgem é que viver é bom e voltar para casa e viver é o mais importante, e todos querem melhorar a qualidade de vida.

Fazer este trabalho de pesquisa com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca representou uma experiência única enquanto acadêmica de enfermagem, porque me mostrou as diferenças entre trabalhar e conversar com pacientes. Quando acompanhamos pacientes fora do ambiente de nosso trabalho, o contato tem outra conotação e permite revelações de sentimentos que não são exteriorizadas enquanto prestamos o cuidado.

Saber ouvir é uma lição para toda a vida. Através dos depoimentos aprendemos a valorizar nossos pacientes, não pelas doenças, mas como pessoas iguais a nós, que precisam da família também em momentos críticos.

O enfermeiro precisa ter bom senso para reconhecer os momentos em que a liberação da visita é importante, e quanto isso vai ajudar a diminuir a ansiedade do visitante e do paciente. Acredito que a entrada dos familiares na UTI - um mundo eminentemente tecnológico - deve ser antecedida de orientações sobre o seu funcionamento e de como ele vai encontrar o seu doente, tornando menos tenso o relacionamento com o mesmo.

Cabe ao enfermeiro prestar este serviço ao visitantes a fim de amenizar uma porção de dúvidas. Uma idéia é a realização de um programa para enfermeiros da terapia intensiva que preparasse para o trabalho com as famílias. Um programa educativo que ajudasse os visitantes no relacionamento com os pacientes nesta fase crítica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, OSÉIAS G.; et al. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. R. Gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, v.18, n.2, jul. 1997, p.123-132.
2. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições, 1977.
3. BARROS, A.J.P., LEHFELD, N.A.S. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 6ªed. Rio de Janeiro: Vozes LTDA, 1988, p.70.
4. BRODY, E. Women in the midle and family help to olders people. Gerontologist, v.21, 1981, p. 471-480.
5. CASTRO, D.S. Experiência de pacientes internados em UTI – análise fenomenológica. Ribeirão Preto: USP, 1990. Dissertação mestrado. Área de enfermagem fundamental. USP, 1990.
6. CLEVALAND, A.M. ICU visitation policies. Nurs Manag., v.25, n.9: 80A - 80B, 80D, set. 1994.
7. CROSSETTI et al. Elementos do cuidar e do cuidado na perspectiva das enfermeiras. Subtema. In: I Encontro Brasileiro de Cuidado e Conforto na Enfermagem. Itapema, 1996. Programa

8. CROSSETTI, M.G.O. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. Florianópolis: UFSC. Tese (Doutorado). Programa de pós-graduação em enfermagem, 1997, p.164.
9. DIAS, M.D. et al. Manual para atendimento dos pacientes de UTI – Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina / USP, 6 ed. São Paulo, 1988, 77p.
10. ECHER, I.C. Orientação à pacientes frente a cirurgia coronariana. Revista HCPA, v.12, n.1, abr. 1992, p.26-32.
11. ECHER, I.C. et al. Opinião de visitantes sobre a sistemática de visitação de pacientes internados em uma terapia intensiva. Porto Alegre. UFRGS/Escola de Enfermagem, 1999, 17p.
12. FERREIRA, A B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
13. GURLEY, M. J. Determining ICU visiting hours. Medsurg. Nurs., v.4, n.1, 1995, p.40-43.
14. KOIZUMI, M.S.; KAMIYAMA, Y.; FREITAS, L.A. Percepção dos pacientes de UIT – problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo; v.13, n.2: p.135-145, ago 1979.
15. LAUTERT, L.; ECHER, I.; UNICOVSKY, M.A.R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. HCPA. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.19, n.2, jul. 1998.
16. MIRSHAWKA, V. Hospital fui bem atendido a vez do Brasil. Makron Books. São Paulo, 1994, p.422.

17. NESRALLA, IVO. Cardiologia cirúrgica: perspectivas para o ano 2000. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1994, p.99.
18. OLIVEIRA, S.A. Cirurgia de revascularização do miocárdio. Atualização cardiol., v.1, 1990, p.2-7.
19. SANTOS, B.R.L. Educação, enfermagem e prática profissional com famílias: vivências de professores de um curso de graduação. Porto Alegre: PUCRS, 1996. Tese (Doutorado).
20. SHIOTSU, C.H. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 10., Gramado, RS. Programas e resumos. Porto Alegre: ABEn/RS, 1999. P.91.
21. SILVIA, A.L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (titular-Docência). Departamento de Enfermagem. UFSC, 1996.
22. TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXO A

Entrevista semi estruturada para o paciente

1. Identificação:

Idade:

Grau de instrução: Gênero: feminino

masculino

Local de residência: Porto Alegre

Grande Porto Alegre

Interior do RS

Em outro estado

2. Quais os sentimentos que o(a) senhor(a) vivenciou durante a sua internação no CTI deste hospital?

- Em relação a sua vida:

.....
.....

- Em relação a família:

.....
.....

3. Qual a sua percepção em relação a visita no CTI?

- O(a) senhor(a) considera os horários de visita suficientes?

.....
.....

- Prefere os parentes próximos ao invés dos amigos?

.....
.....

- Se sentiu a vontade com a família durante os horários de visita?

.....
.....

.....

ANEXO B

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE DA INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO A VISITA NA UTI

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação. O objetivo dessa investigação é conhecer o que pensam os pacientes adultos que estão internados neste hospital e que passaram pelo centro de tratamento intensivo, bem como, o perfil desses pacientes e servir como proposta de elementos a considerar em programas de intervenção, a fim de melhorar o nível de satisfação tanto do paciente como da família e instituição.

Não detenho nenhum cargo administrativo nesta instituição, sendo que esta tomará conhecimento dos resultados quando estes forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados deste questionário são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas.

Pelo presente Consentimento Pós Informação², declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, do questionário a que responderei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo a mim;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o carácter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando;

A pesquisadora responsável por este projeto é Juliana Krüger, aluna de enfermagem, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética dessa instituição.

Nome e assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Data : ___/___/___

² - O presente documento, baseado nos artigos 10 e 16 das Normas de Pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (in: Goldim, 1990), foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito da amostra e/ou da instituição selecionada e outra com a pesquisadora.