

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E  
ANÁLISE EXISTENCIAL

Carolina Soraggi Frez

**EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA:  
o pós-operatório à luz da Gestalt-terapia**

BELO HORIZONTE  
2020

Carolina Soraggi Frez

**EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA:  
o pós-operatório à luz da Gestalt-terapia**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Cláudia Lins Cardoso.

Co-orientadora: Emma Elisa de Castro Carneiro.

BELO HORIZONTE  
2020

150 Frez, Carolina Soraggi.  
F896e Experiências de cardiopatas submetidos à cirurgia  
2020 cardíaca [recurso eletrônico] : o pós-operatório à luz da  
gestalt-terapia / Carolina Soraggi Frez. - 2020.  
1 recuros onlin (58 f. ) : pdf  
Orientadora: Cláudia Lins Cardoso.  
Coorientadoar: Emma Elisa de Castro Carneiro.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em  
Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial -  
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1.Coração - Cirurgia. 2.Gestalt-terapia. 3.Psicoterapia.  
I. Cardoso, Cláudia Lins . II. Carneiro, Emma Elisa de  
Castro. III. Universidade Federal de Minas Gerais.  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. IV.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

Folha de Aprovação  
EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: o pós-operatório à luz da Gestalt-terapia  
**CAROLINA SORAGGI FREZ**

monografia defendida e aprovada, no dia **vinte e oito de outubro de 2020**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Claudia Lins Cardoso - Orientadora  
FAFICH/UFMG

Emma Elisa Carneiro de Castro - Avaliadora  
Paula Sampaio Parreiras - Avaliadora  
FAFICH/UFMG

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2022.

Profª. Drª. Claudia Lins Cardoso

Coordenadora do Curso



Documento assinado eletronicamente por **Valteir Gonçalves Ribeiro, Chefe de seção**, em 13/12/2022, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Lins Cardoso, Professora do Magistério Superior**, em 13/12/2022, às 20:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1959047** e o código CRC **42AA9D55**.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, que esteve torcendo por meu sucesso profissional e crescimento pessoal.

À minha mãe, que me incentiva em cada conquista, representa força e crescimento.

À Professora Cláudia, por ter proporcionado a oportunidade de me especializar em Gestalt-terapia, além de ter apoiado, contribuído e orientado a construção deste trabalho.

À Professora Emma, agradeço pelo incentivo a continuar o trabalho iniciado durante a residência, assim como pelo apoio durante todo o processo de pós-graduação.

Aos meus amigos e amigas conquistados durante o Curso de Especialização, agradeço por terem proporcionado encontros tão verdadeiros e transformadores.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que continuam me inspirando e ofertando sentido ao fazer clínico.

Aos clientes que dedicam suas experiências aos atendimentos com disponibilidade e confiança.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar aspectos referentes às experiências de vida de cardiopatas que se submeteram à cirurgia cardíaca, após três meses de pós-operatório, utilizando como base teórica a Gestalt-terapia. Cinco pacientes foram entrevistados, sendo uma mulher e quatro homens, com idades entre 52 e 65 anos, casados, autodeclarados brancos e pardos, com escolaridade entre os níveis fundamental e médio. Os participantes realizaram a cirurgia cardíaca entre três e quatro meses antes da coleta de dados. Após realização de entrevistas semiestruturadas, os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática, cumprindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A categoria de significação denominada “O Pós-Operatório Tardio: Efeitos na Vida e no Tratamento” foi selecionada para a realização deste trabalho. Os principais significados atribuídos à experiência da cirurgia cardíaca no período pós-operatório tardio se referem: à insegurança diante do retorno ao domicílio após a alta hospitalar, à aproximação da finitude, aos desafios diante dos novos limites e possibilidades, à necessidade de adaptação a rotina de autocuidado, à responsabilização pelo tratamento e à reformulação do projeto de vida. Os resultados deste estudo evidenciaram que a partir das vivências de perdas, das limitações e da percepção de finitude, os pacientes compreendem os aspectos da própria vida que os colocavam em risco, tornam-se mais responsáveis, (re) significam o sentido da existência e exercem ações criadoras. Acredita-se que a partir das ações criadoras acontece o exercício da liberdade que proporciona a construção de uma nova identidade ao paciente, possibilitando a reformulação do projeto existencial.

**Palavras-chave:** Cirurgia Cardíaca. Gestalt-terapia. Psicoterapia.

## **ABSTRACT**

This paper aims to investigate aspects related to the life experiences of cardiopaths who were submitted to cardiac surgery, after three months of post-operative period, using Gestalt-therapy as a theoretical basis. Five patients were interviewed, being one woman and four men, ages between 52 and 65 years old, all married, self-declared white and brown, education level between primary and secondary education. The interviewees have undergone a cardiac surgery three to four months before the data were collected. After the semistructured interviews were done, the data were analyzed through thematic content analysis, considering the pre-analysis stages, material exploration, treatment and interpretation results. The signification category called “The Late Post-Operative Period: Effects in Life and in Treatment” was selected for this paper. The main significations attributed to the experience of cardiac surgery in the post-operative period refers to: insecurity in the face of returning home after hospital discharge, approaching finitude, challenges facing new limits and possibilities, to adapt to the routine self-care, accountability for treatment and reformulation of the existential project. The results of this study expose that experiences of losses, limitations and perception of finitude contributes for patients understand the aspects of their own lives that put them at risk, become more responsible, (re) signify the meaning of existence and exercise creative actions. It is believed that creative actions provide the construction of a new identity to the patient, enabling the reformulation of the existential project.

**Keywords:** Cardiac Surgery. Gestalt-therapy. Psychotherapy

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 INTERFACE ENTRE A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A GESTALT-TERAPIA.</b>	<b>11</b>
<b>3 EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: O TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA .....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Local da Pesquisa e Participantes .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 Instrumentos e Procedimentos .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 Análise de Dados.....</b>	<b>24</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 O Estado Emocional .....</b>	<b>25</b>
5.1.1 A insegurança em relação à alta hospitalar e o retorno ao ambiente familiar .....	25
5.1.2 Lembranças significativas que representam a aproximação da morte .....	28
<b>5.2 A Vida Após a Cirurgia: adaptações no cotidiano .....</b>	<b>32</b>
5.2.1 Os sintomas e as relações: interlocução entre o antes e o depois da cirurgia.....	32
5.2.2 Depois da cirurgia: limites e possibilidades.....	36
<b>5.3 Adesão ao Tratamento.....</b>	<b>39</b>
5.3.1. A mudança de hábitos: interface entre o antes e o depois da cirurgia.....	39
5.3.2 Perspectivas futuras: a responsabilização da pessoa em recuperação.....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As cardiopatias são responsáveis pela maior taxa de morbimortalidade do Brasil, gerando sofrimento nos âmbitos biológicos, social e psicológico. A cirurgia cardíaca é uma das possibilidades de tratamento que busca promover qualidade de vida aos cardiopatas crônicos. O foco das práticas de atenção à saúde tem se deslocado ao longo dos anos de ações de conservação e cura para propostas de promoção de saúde, considerando que o processo saúde-doença tem implicações para além da esfera das decisões individuais e reconhecendo que a doença representa um estressor que incide sobre o sujeito e suas relações interpessoais (WOTTRICH; MORÉ, 2017). Assim, sendo uma das propostas mais indicadas nos casos das doenças cardiovasculares, a compreensão do impacto da cirurgia cardíaca requer análise ampla das circunstâncias que extrapolam a atuação biomédica em si.

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM) e a Cirurgia de Troca Valvar são processos que repercutem no ciclo de desenvolvimento individual e familiar, abarcando acontecimentos sequenciais que são multifatoriais e complexos, em torno dos quais aspectos biopsicossociais afetam-se recursivamente (MORIN, 1982, 2011; WOTTRICH; MORÉ, 2017). Estudos anteriores apontam que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca podem estar sujeitos às contingências mais aversivas do que aqueles em tratamento clínico, pois estão mais suscetíveis a sensações de dor, infecções, intervenções invasivas e aproximação da finitude (GORAYEB, 2001; SANTANA, et al., 2010). Os riscos biopsicossociais nesse caso podem ser potencializados ou minimizados em função do repertório de enfrentamento do paciente (GARBOSSA et al., 2009; SANTANA et al., 2010). Dessa forma, o processo de tratamento das cardiopatias não se encerra após a realização da cirurgia, exigindo a adoção de hábitos que contemplem melhores condições para a continuidade de sua trajetória de vida (BANNER et al., 2012).

Durante o trabalho como psicóloga residente na equipe de cardiologia de um hospital público de ensino em Belo Horizonte/MG, entre os anos de 2017 e 2019, ficou evidente que os pacientes com proposta cirúrgica ou submetidos previamente à cirurgia cardíaca geralmente apresentavam demanda para atendimento psicológico. Essas constatações motivaram a realização de um trabalho de conclusão da residência que desafiasse a compreensão biomédica e objetiva sobre as repercussões emocionais, comportamentais e sociais dessas cirurgias. Dessa forma, foram investigados os significados atribuídos pelos pacientes cardiopatas à cirurgia cardíaca, utilizando como base teórica a Gestalt-terapia. Além disso, descreveu-se o processo

pré, trans e pós-operatório a partir da narrativa dos participantes da pesquisa (SORAGGI; CASTRO, 2020).

Portanto, o primeiro trabalho contribuiu para a compreensão dos fatores biopsicossociais que permeiam as experiências da população estudada do período pré-operatório até o pós-operatório imediato. Optou-se por analisar as narrativas em relação ao pós-operatório tardio posteriormente, a fim de proporcionar melhor aprofundamento do tema. O que diferencia o pós-operatório tardio do imediato se refere ao processo de recuperação e a necessidade de adaptação a uma nova rotina caracterizada por novas recomendações (ROSÁRIO; ESCH, 2014). Assim, o Curso de Especialização em Gestalt-terapia e Análise Existencial proporcionou a oportunidade de analisar esse material com dedicação a partir do aperfeiçoamento dos estudos da abordagem. Espera-se que a análise da última categoria auxilie na construção do conhecimento acerca das possibilidades da readaptação à vida diária, ao tratamento e ao reestabelecimento do projeto de vida dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Para isso, o primeiro capítulo apresenta o histórico da psicologia hospitalar, apontando a influência originária do modelo biomédico e a consecutiva abertura para o modelo biopsicossocial que conceitualiza saúde e doença de maneira ampla e integral. Ressalta a importância de abordagens que considerem a complexidade das experiências humanas, como a Gestalt-terapia, na prática em saúde por considerar que apesar das propostas de humanização em saúde e dos avanços na compreensão do ser humano em sua totalidade, a atuação em consonância com os valores comunitários e organísmicos ainda é desafiadora na prática.

O segundo descreve os principais resultados da pesquisa realizada como psicóloga residente na equipe de cardiologia. Apresenta aspectos relacionados as experiências de cardiopatas cirúrgicos durante o processo pré-operatório, trans operatório e pós-operatório imediato, descrevendo os ajustamentos criativos realizados pelos pacientes na relação com o meio em busca do retorno ao funcionamento saudável. Já o terceiro capítulo descreve a metodologia utilizada para a análise das narrativas, e o quarto apresenta os resultados da categoria “O Pós-Operatório Tardio: Efeitos na Vida e no Tratamento”, em interlocução com conceitos da Gestalt-terapia.

A partir da compreensão dos efeitos emocionais e psicológicos das cardiopatias e da cirurgia cardíaca afirmados pelo estudo anterior e demais pesquisas, considera-se importante investigar as experiências dos cardiopatas durante o pós-operatório tardio, buscando identificar os fatores protetivos que contribuem para o enfrentamento e adaptação na construção de uma nova trajetória de vida. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi investigar aspectos referentes

às experiências de vida de cardiopatas que se submeteram à cirurgia cardíaca, após três meses de pós-operatório, utilizando como base teórica a Gestalt-terapia. Pretendeu-se: 1 - descrever as experiências de retorno à vida diária relatadas por pessoas que passaram pela cirurgia cardíaca; 2 - investigar como aconteceram as dinâmicas de autorregulação orgânica no processo saúde-doença durante o pós-operatório tardio; 3 – descrever as características do campo vivido, considerando a dinâmica do organismo no meio em que ele se encontra durante o pós-operatório tardio.

## 2 INTERFACE ENTRE A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A GESTALT-TERAPIA

A psicologia hospitalar, desde o seu surgimento no final da década de 1950, foi fortemente influenciada pelo modelo biomédico. Este, mostrando-se incompleto na compreensão dos problemas humanos, foi cedendo espaço para o modelo biopsicossocial, em que as concepções de saúde e doença se ampliam nas dimensões social, humana, existencial, visando a essência totalizadora do ser humano (CHIATTONE, 2000). Ao longo desse movimento, a psicologia hospitalar vem assumindo sua identidade, aprofundando estudos e expandindo práticas e possibilidades, bem como conquistando seu espaço na área da saúde (LAZZARETTI, 2007). Nota-se, contudo, que por ter se filiado à perspectiva biomédica em sua origem, os profissionais de psicologia hospitalar ainda possuem dificuldades em estabelecer seus papéis específicos (SPINK, 1992; MURRAY; CHAMBERLAIN, 1999), assim como em atuar com base na perspectiva biopsicossocial.

Spink (1992) explica que já na década de 1960, os pioneiros da psicologia hospitalar no Brasil buscaram na psicologia clínica um modelo de atuação possível para o atendimento dos pacientes. Contudo, eram solicitados a responder à demanda médica e a “apagar incêndios” ou “segurar a barra” dos doentes. Essas demandas se justificavam pela herança de uma atuação em saúde centrada na cura, no hospital e na esfera orgânica. Trabalhava-se em um meio que, implicitamente, busca devolver o sujeito para a sociedade para que ele dê continuidade à produção mercadológica e de consumo ao invés de se pautar em uma atuação preventiva, comunitária, holística ou organísmica em saúde (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014; FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010).

Fukumitsu, Cavalcanti e Borges (2009) defendem que ainda na sociedade contemporânea ocorre um viés econômico no conceito de saúde. Ou seja, o ser humano com saúde é percebido como aquele que produz e, em contrapartida, o doente é aquele que não pode produzir. Nessa perspectiva, é necessário extinguir a doença para que a condição de “ser humano produtor” retorne. Diante desses valores em que a saúde é compreendida como adequação às normas econômicas vigentes, faz-se importante afirmar a existência do sofrimento subjetivo no processo saúde-doença.

Nesse sentido, atualmente a psicologia hospitalar é influenciada pelas políticas públicas de humanização em saúde que revitalizam preceitos éticos e tornam obrigatória a presença de equipes multidisciplinares nos hospitais. Ao fazer parte dessas equipes, o psicólogo hospitalar tem sua função centrada no âmbito secundário e terciário da atenção à saúde. Atua nas instituições e realiza atividades como atendimento psicoterapêutico, grupos, atendimento

ambulatorial e em unidade de terapia intensiva, pronto atendimento, enfermaria, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico e consultoria (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; CHIATTONE, 2000), a fim de atender as demandas psicossociais que compõem o processo de adoecimento. Segundo o projeto do Ministério da Saúde do Governo Federal (2001),

Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar, refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (p. 52).

Diante dessa expansão do entendimento sobre a saúde, o trabalho multidisciplinar apresenta novos valores intrínsecos ao cuidar, como a valorização dos indivíduos para além da doença e a responsabilização pelo próprio processo de cuidado (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Compreende-se cuidado como um processo inerente às relações constituídas entre os profissionais de saúde e as pessoas que os buscam, visando o tratamento do sofrimento, a disponibilidade para relacionar-se e o acompanhamento do caminho do outro (CARDELLA, 1994; FUKUMITSU; CAVALCANTI; BORGES, 2009). Ou seja, a fim de atender às necessidades de forma ampla, é fundamental a presença da interdisciplinaridade, onde os integrantes da equipe e o paciente estejam integrados diante da compreensão do ser doente (CASTRO; SOUZA, 2012; ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Dessa forma, não se reserva ao paciente somente o papel da paciência e da passividade, importando que ele co-participe do seu tratamento para atingir qualidade de vida e não mais quantidade de vida (ROMANO, 1999).

Porém, apesar das propostas de humanização em saúde e dos avanços na compreensão do ser humano em sua totalidade, a atuação em consonância com os valores comunitários e organísmicos ainda é desafiadora na prática. O posicionamento cartesiano de separação corporeamente tem influenciado fortemente a atuação profissional, assim, a existência humana é muitas vezes compreendida a partir da racionalidade e não das relações (CASTRO, 2002). Percebe-se que a centralização na instituição hospitalar e na doença restringe a compreensão do existir humano, fazendo-se necessário promover o diálogo entre a psicologia hospitalar e abordagens mais complexas do humano.

Coerente com essa perspectiva, a Gestalt-terapia é uma abordagem psicológica de caráter holístico e organísmico que contribui para a compreensão dos aspectos psíquicos envolvidos no processo de enfrentamento do adoecer e do tratamento. Diferente da visão biomédica que conceitua saúde como ausência de doença, para esta abordagem a saúde e a

doença não são excludentes, mas se articulam em uma relação processual (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014; FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010).

Estevão e Silveira (2014) concordam que saúde em Gestalt-terapia não se restringe à recuperação orgânica do indivíduo, mas implica o reconhecimento da capacidade da pessoa em manter-se em contato com seu contexto e poder efetuar escolhas espontâneas para atender às suas necessidades. Assim, a saúde é entendida como processual, movimento de vida, crescimento sistêmico e integrado, que objetiva equilíbrio organísmico na relação constante do mundo (RODRIGUES, 2000).

Dessa forma, a doença pode ser compreendida como um mecanismo de busca pelo saudável, no reestabelecimento de prioridades e do que é importante para a pessoa (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Freitas, Stroiek e Botin (2010) afirmam que o adoecimento denuncia excessos, faltas ou desconexões:

o corpo doente não é apenas um organismo acometido por infecções ou patologias, mas é um corpo experienciado por um doente, dotado de uma função na relação desse sujeito com o mundo, mas que, apesar de estar doente, é também um corpo com história e com perspectivas. Isso é, um corpo que carrega sentidos subjetivos que tem relações íntimas com a própria história da pessoa, com seus contextos de vida e com os recursos que dispõe para lidar com a doença. (p. 114)

Tendo em vista que a Psicologia Hospitalar é uma área recente, os estudos sobre as contribuições teóricas da Gestalt-terapia em psicologia da saúde e hospitalar têm seus registros principalmente a partir do ano 2000. Os autores buscam compreender o processo saúde-doença e, além disso, elucidam as possibilidades de atuação nos hospitais e outras instituições de saúde. Percebe-se nos artigos publicados até 2020 que os autores ressaltam os conceitos de saúde-doença, relação dialógica, autorregulação organísmica, ajustamento criativo e corporeidade a fim de embasar o trabalho dos psicólogos com pessoas em situação de adoecimento (BANTIM, 2008; ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014; FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010; GOLDSTEIN, 2000; LACERDA; CARVALHO; RIBEIRO, 2019; MELLO; SILVA, 2012; PAULINI; TAVARES, 2007; ROSÁRIO; ESCH, 2014).

Fukumitsu, Cavalcanti e Borges (2009) explicam que saúde e doença não são conceitos estáticos, mas sim formas de o organismo total tentar dar um sentido peculiar à sua existência através de trocas constantes com o contexto. Assim, saúde e doença são considerados processos dinâmicos na relação pessoa-meio, nos quais há a possibilidade de cristalização ou flexibilização nas tentativas de adaptação (PERLS, 1977). Portanto, a compreensão que o profissional tem sobre saúde-doença orienta a sua ação, principalmente no que se refere ao

cuidado e à necessidade de se tornar disponível para o outro. Afinal, cuidador e cuidado são afetados mutuamente na relação.

Estevão e Silveira (2014) defendem que os valores de autonomia, responsabilização e humanização do paradigma biopsicossocial de saúde podem ser identificados na perspectiva gestáltica em suas influências filosóficas existencialistas e humanistas. Defende-se a possibilidade humana de liberdade, responsabilidade e escolha, assim como do potencial criativo de transformação na geração de novas possibilidades (PINTO, 2009). Além disso, a base fenomenológica da Gestalt-terapia direciona o psicólogo ao **como** e ao **quê** da experiência presente do paciente. Segundo Silveira (2010), o olhar do Gestalt-terapeuta viabiliza um novo significado a partir do sentido dado a cada acontecimento, possibilitando que o sujeito se dê conta não somente dos impasses, mas também possa descobrir saídas que lhe sejam construtivas e criativas.

Dentro dessa perspectiva, Freitas, Stroiek e Botin (2010) e Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009) defendem que o *self* do terapeuta e o diálogo Eu-Tu são instrumentos de trabalho fundamentais no contexto hospitalar, assim como na clínica tradicional quando estamos atentos para as especificidades do cliente. Compreende-se *self* não como eu individual, mas como processo ativo e permanente de perceber, selecionar, interpretar, sentir, valorizar, estimar, prever, agir, integrar e dar sentido a si e ao ambiente, mapeando a si mesmo enquanto em ação no campo, representando a compreensão de uma personagem que vai ao mundo e volta para si quase de forma ininterrupta, revelando, a cada intervalo, aspectos diferentes de si e do mundo (TÁVORA, 2014).

O diálogo é entendido como fundamental para a existência humana, além de ser característica essencial da relação terapêutica (FREITAS, 2009). Dessa forma, a relação terapeuta-paciente pode ser assumida como instrumento preventivo, já que a hospitalização pode suscitar isolamento das atividades de vida diária, da família e do círculo social, além de mudanças nos papéis sociais (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014)

De acordo com Rogers (1983), a psicoterapia torna-se mais fecunda quanto mais se aproximar de uma relação Eu-Tu verdadeira. Quando o psicólogo se propõe a estar disponível e aberto ao cliente para acessá-lo, institui-se uma forma de relação em que o psicoterapeuta pode entrar no modo Eu-Tu de funcionamento, ou seja, tornar-se um **Eu** que considera o **Outro** enquanto presença e, assim, transforma-se junto com ele, estabelecendo um encontro verdadeiro. A relação Eu-Tu, descrita por Buber, pode ser compreendida como:

É uma atitude de conexão natural. É estar tão plenamente presente quanto possível com o outro, com pouca finalidade ou objetivos direcionados para si mesmo. É uma experiência de apreciar a “alteridade”, a singularidade, a totalidade do outro, enquanto isso também acontece, simultaneamente, com a outra pessoa. É uma experiência mútua; é também uma experiência de valorizar profundamente, estar em relação com a pessoa - é uma experiência de encontro (HYCNER; JACOBS, 1997, p. 33).

Dessa forma, no contato intersubjetivo do atendimento psicológico hospitalar, mesmo não se caracterizando como psicoterapia, há uma força transformadora que se concretiza no “entre” do encontro. Ou seja, o “entre” constitui um espaço de trocas, algo que não pertence a nenhum dos participantes, mas pertence a ambos e os ultrapassa (BUBER, 1923/2001; FUKUMITSU; CAVALCANTI; BORGES, 2009).

Devido ao fato de o hospital ser moldado pela impessoalidade técnica e também pela neutralidade científica, considerar a dimensão ontológica dos pacientes nos serviços de saúde possibilita o resgate da intersubjetividade, da humanização e da relação (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010). Freitas, Stroiek e Botim (2010) acreditam que diante da despersonalização que acontece nas pessoas hospitalizadas, estar presente para um paciente e incluir-se em sua existência exige que o foco do trabalho esteja centrado na possibilidade do restabelecimento de sua autonomia e do bem-estar frente à sua condição. Angerami-Camon (2004) explica que a despersonalização é caracterizada pela redução do espaço vital da pessoa em hábitos e rotinas hospitalares, em sintomas e diagnósticos superespecializados, ficando à mercê de situações invasivas e abusivas, na medida em que não tem seus limites e desejos respeitados. Assim, ao invés da existência ser referenciada pela ordem das intervenções biomédicas hospitalares, a atuação com base na perspectiva gestáltica proporciona a própria condição de existir (SANT’ANNA, 2001; FREITAS, 2009).

Para que isso aconteça, faz-se importante considerar que existem especificidades nas instituições hospitalares que influenciam na qualidade do diálogo. A qualidade da relação dialógica sofre interferência das próprias condições do contexto: as enfermarias não são espaços privados, há alta rotatividade e número de pacientes, o tempo de atendimento é indeterminado, existe alta frequência das intervenções médico-hospitalares, além das interferências de outros pacientes, familiares e da equipe. Todos esses elementos devem ser compreendidos como mundo ou condição existencial do contexto relacional. Dessa forma, as diferenças, interrupções, vínculos, mediante a problematização de tais conflitos dentro do **como** o paciente se apresenta, podem ser trabalhados como forma de abertura para novas significações (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010).

Além das interferências do meio, o estabelecimento da relação dialógica também ocorre somente quando há abertura por parte do paciente. De acordo com Hycner e Jacobs (1997), ao abordarmos o outro com uma atitude Eu-Tu, não temos a garantia de que um encontro mútuo acontecerá. Afinal, o encontro genuíno depende da abertura de ambos. O diálogo, portanto, mostra-se como fenômeno do “entre”, do espaço e do campo relacional (HYCNER, 1995; FREITAS, 2009).

Hycner (1995) também acredita que para o estabelecimento do diálogo são necessários dois elementos fundamentais no psicoterapeuta: a presença e a inclusão. Aliados a estes aspectos, apresenta o corpo como elemento fundamental da relação dialógica. Segundo Freitas (2009), o diálogo pode ocorrer tanto a nível da corporeidade quanto da fala. O corpo, portanto, é o fundo da expressão, espaço da realização do contato. Sendo o corpo “fundo”, é o lugar das intersecções, é campo, é ponto de contato e encontro entre paciente e psicólogo. O corpo é compreendido na Gestalt-Terapia não como objeto, mas como perspectiva do mundo ou meio de comunicação com este (FREITAS, 2009).

No campo relacional dialógico, a presença é atitude fundamental do psicólogo uma vez que o paciente hospitalizado se encontra restrito, seja pela doença ou mesmo pela situação existencial na qual se encontra. Assim, por meio da presença do terapeuta abre-se a possibilidade para que o paciente perceba a si próprio através dele (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010). O psicólogo utiliza recursos seus e do cliente na direção da ampliação do espaço vital, da consciência sobre sua forma de ser e agir, utilizando a capacidade de perceber-se. Respeitando os limites individuais e institucionais, os recursos aqui podem ser, desde a capacidade de nomear sensações e vivências, até a comunicação global estabelecida pelo olhar, por gestos ou toque (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

Já a inclusão caracteriza-se pela postura de abertura sem julgamento, análise ou interpretação. Tal atitude facilita a ressignificação da condição existencial e da conscientização do paciente (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010). Hycner (1995) afirma que a **inclusão** é necessária para a existência de uma relação dialógica genuína, um movimento de “ir-e-vir”, onde o psicólogo tenta experienciar o que o cliente está experienciando. No campo do psicólogo, significa emprestar sua existência e corporeidade para permitir que o estranhamento do sentido do outro encontre espaço de expressão na existência atual do terapeuta (FREITAS, 2009).

Dessa forma, a relação dialógica torna-se a base para a autorrealização. Quando possibilita o contato genuíno, permite ao paciente, à família ou à equipe responder a uma situação de forma apropriada às suas necessidades e às possibilidades da situação que o contexto possa apresentar (HYCNER; JACOBS, 1997). A atuação não consiste, portanto, em aniquilar

a tensão entre as partes constitutivas do vivido de uma enfermidade, uma intervenção cirúrgica ou uma internação. Mas, em permitir que a tensão entre as partes seja suficiente para a manutenção da autonomia do paciente e continuidade do processo de restabelecimento do seu bem-estar físico e psicológico, que pode significar a continuidade ou não do tratamento médico nos seus diversos aspectos (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010).

Como gestalt-terapeutas, trabalhamos com o corpo vivido e nos interessamos pela forma singular **como** a pessoa se vê quando adoece e é hospitalizada, como se posiciona e se relaciona com ela mesma, com sua própria doença, com o médico, com seus familiares, enfim, com o que lhe cerca, uma vez que se encontra restrita a um contexto que ao valorizar a objetividade e a racionalidade, desconsidera a pessoa enquanto totalidade (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

A Gestalt-terapia valoriza também a constituição e composição de diferentes saberes/elementos presentes no campo na construção de um entendimento mais abrangente, articulado e complexo sobre os fenômenos humanos e psicológicos. Dentro desse contexto de múltiplos sons e abordagens, tomamos a vivência da hospitalização como única e imprevisível (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Esta pode envolver uma situação de doença temporária, em que se abre uma possibilidade de uma nova reestruturação existencial junto ao restabelecimento orgânico, ou uma doença crônica, ao contrário, implicando uma total reestruturação vital traduzida em novas condições de existir (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Tendo em vista que a Gestalt-terapia ressalta a assimilação da novidade como facilitador do desenvolvimento, em que cada situação exige novas respostas e atualizações, a doença exige uma reorganização da dinâmica organismo-meio. Os estudos de Castro e Souza (2012) e Rosário e Esch, (2014) ressaltam que a hospitalização exige ajustamentos criativos do paciente com seu meio em busca da autorregulação organísmica. Dessa forma, o terapeuta contribui com o paciente para o desenvolvimento da consciência de sua nova condição e limitações, a hierarquização de suas necessidades, o ajustamento criativo ao meio, a ampliação do contato consigo, com o mundo e com o próprio adoecer, além da ressignificação do adoecimento (CASTRO; SOUZA, 2012; LACERDA; CARVALHO; RIBEIRO, 2019; FUKUMITSU; CAVALCANTI; BORGES, 2009; NOGUEIRA; ALMEIDA; LIMA, 2018).

De forma contextualizada, a Gestalt-terapia defende a criação de um espaço **entre subjetividades** (pessoa do terapeuta e pessoa do doente), favorecendo a manifestação do ser doente, percebendo-o em sua individualidade, permitindo-o que expresse suas preocupações, suas sensações e sentimentos, suas inquietações, seus questionamentos práticos e/ou existenciais relacionados ao fenômeno de adoecimento. Isso é possível a partir da nossa

disponibilidade de “*estar com*” a pessoa adoecida e de cuidá-la, nos implicando nesta relação (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

Esta proposta contrapõe-se ao modelo biomédico no qual a lógica do pensar científico regula as vivências humanas, decompõe e fragmenta o homem enfraquecendo-o enquanto SER (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010). Dessa forma, os autores defendem que a especificidade do gestalt-terapeuta no hospital está na atenção particularizada e na autorização do outro para aquilo que o modelo biomédico não capta: o fluir existencial e o fluir clínico, sendo facilitadora de novos sentidos, descobertas existenciais e o retorno ao saudável (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014; FUKUMITSU; CAVALCANTI; BORGES, 2009).

### **3 EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: O TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA**

As doenças cardiovasculares constituem a maior causa de mortalidade no Brasil e no mundo, sendo necessário o desenvolvimento de práticas assistenciais e intervencionistas. De forma a contribuir para a diminuição das taxas de morbimortalidade, as cirurgias cardíacas vêm sendo realizadas de forma crescente desde a década de 1950, sendo hoje praticadas na maior parte dos estados brasileiros. Assim, a cardiologia intervencionista encontra-se em constante evolução e busca o aperfeiçoamento das práticas, a diminuição dos riscos e a melhora da qualidade de vida para o paciente cardiopata (HOFFMANN; OLIVEIRA; MASSIMI, 2014; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; TAKIUTI et al., 2007). Porém, apesar do desenvolvimento técnico e científico da cardiologia, os pacientes que se submetem à cirurgia cardíaca continuam apresentando dificuldades tanto no enfrentamento do processo cirúrgico quanto na readaptação após a cirurgia, tendo repercussões nos âmbitos psicológico, comportamental e social.

A experiência cirúrgica frequentemente é acompanhada por reações emocionais, como medo, ansiedade e angústia, assim como alterações da sensopercepção, do sono e do juízo de realidade (BERGVIK; SORLIE; WYNN, 2010; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; ERDMANN et al., 2013). Estudos como o de Wottrich et al. (2013) apontam que as vivências dos pacientes em preparação cirúrgica são compostas por sentimentos de imprevisibilidade sobre o futuro, falta de controle sobre a própria vida (despersonalização), vulnerabilidade, expectativa de ruptura da própria integridade e aproximação da morte. Além disso, a preocupação sobre o futuro, o desempenho nas atividades de vida diária após o procedimento, e a capacidade de retornar ao trabalho também são descritas pelos pacientes, interferindo na maneira como irão reagir durante todo o processo cirúrgico e no meio em que se encontram (BERGVIK; SORLIE; WYNN, 2010; SOUZA; MANTOVANI; LABRONICI, 2006).

A pesquisa realizada com os cardiopatas cirúrgicos durante a residência aponta que no período de preparação, os pacientes perceberam a cirurgia cardíaca como uma ameaça à integridade física e psicológica. Simbolizaram a possibilidade de finitude da vida, aproximação da morte e ameaça real e imediata à sobrevivência (SORAGGI; CASTRO, 2020). Compreendeu-se, portanto, que a cirurgia cardíaca representou a interferência no centro da vida e das emoções. Assim, na percepção de quem opera, o coração significava tudo ou nada, pouco importando que a maioria das pessoas tenha tido resultados positivos do procedimento (OLIVEIRA; LEMOS DA LUZ, 2009).

Ainda assim, o processo de aceitação da proposta cirúrgica no período pré-operatório envolveu sentimentos antagônicos que contribuíram de forma adaptativa para o enfrentamento da situação (WOTTRICH et al., 2016). Enquanto a percepção de aproximação da morte e a vivência de submissão ao outro para salvar a própria vida foram acompanhadas por medo e insegurança (ERDMANN et al., 2013; ROOHAFZA et al., 2015; WOTTRICH et al., 2013; WOTTRICH et al., 2016), os depoimentos sobre o momento da cirurgia apresentaram-se também permeados por expectativas de sucesso e confiança (SORAGGI; CASTRO, 2020).

Alguns aspectos pareceram favorecer a construção da confiança no processo cirúrgico. Em geral, o suporte ofertado pela equipe de saúde, a assistência atenta às necessidades dos pacientes durante o período preparatório e a percepção positiva que os pacientes têm sobre os profissionais e a instituição auxiliaram na construção de expectativas positivas acerca da cirurgia cardíaca. Percebeu-se que os pacientes que receberam preparação ambulatorial para a realização da cirurgia de troca valvar mostraram-se mais confiantes e ressaltaram a importância do suporte ofertado pela equipe de saúde antes da hospitalização. O mesmo não foi observado nos depoimentos dos pacientes que realizaram a cirurgia de revascularização miocárdica de urgência após a ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (SORAGGI; CASTRO, 2020; OLIVEIRA; LEMOS DA LUZ, 2009).

Destaca-se que as ideias que remetem à construção de confiança – suporte da equipe e percepção positiva da instituição – se sobrepõem aos aspectos que promovem insegurança – percepção negativa da instituição e vivência cirúrgica anterior. Acredita-se, portanto, que ao ofertar escuta atenta e assistência às necessidades dos pacientes, pode-se auxiliá-los na realização de ajustamentos criativos e, finalmente, no atravessamento do processo cirúrgico auxiliando na preservação da autenticidade do paciente (CARNÉ, 2002; ROSÁRIO; ESCH, 2014; SORAGGI; CASTRO, 2020; PERLS, 1988).

Já a experiência do pós-operatório imediato, que ocorreu na unidade de terapia intensiva coronariana, girou em torno da vivência de dor, do estranhamento com o próprio corpo e com o ambiente e da dependência para satisfazer as necessidades mais básicas dos pacientes (DUTRA; COELHO, 2008; ERDMANN et al., 2013; LANZONI et al., 2015; SORAGGI; CASTRO, 2020; WOTTRICH et al., 2016). Acredita-se que isso acontece porque durante o tempo de hospitalização e sobretudo na unidade de terapia intensiva, em que a angústia se torna mais presente devido à percepção de limite, a atenção se volta para os limites do corpo, tornando-se figura para o paciente (PARREIRAS, 2017). Ou seja, vê-se impedido de realizar escolhas e movimentos espontâneos, permanecendo em constante tentativa de se ajustar à situação e de reestabelecer o equilíbrio (SORAGGI; CASTRO, 2020).

Posteriormente, a vivência do processo de recuperação, por vezes com presença de dor e necessitando do desenvolvimento constante de defesas autorregulatórias, pode acarretar tristeza, agitação e estados confusionais. Um dos fatores que pareceu contribuir para a diminuição do sofrimento do paciente que se encontrava na Unidade Coronariana (UCO) foi a assistência rápida da equipe diante da percepção das necessidades do paciente. Ao relatarem suas experiências, três participantes ressaltaram a importância da prontidão dos profissionais para atenderem as suas demandas. Percebe-se que diante das limitações em que se encontra o sujeito, ele buscava através do sistema de orientação e encontrava novamente no meio os objetos para atendê-lo (PERLS, 1988; SORAGGI; CASTRO, 2020).

O curto período de permanência na UCO é outro fator que contribuiu para a diminuição do sofrimento no pós-operatório imediato. As narrativas sobre a recuperação pós-operatória, que aconteceram principalmente após a transferência para a enfermaria, giraram em torno do significado de retorno à independência. À medida que recobrava a força muscular, sendo capaz de realizar as atividades básicas da vida diária, o paciente voltava a realizar progressivamente respostas espontâneas, sentindo-se mais livre. Portanto, ao alcançar a satisfação das necessidades de forma dinâmica e por meio da homeostase, seja no âmbito fisiológico ou psicológico, os pacientes voltavam a ser saudáveis (SORAGGI; CASTRO, 2020).

Portanto, esse estudo contribuiu para a compreensão das experiências de cardiopatas cirúrgicos durante o processo pré-operatório, trans operatório e pós-operatório imediato. Percebeu-se que em condições favoráveis os cardiopatas cirúrgicos se mostraram capazes de buscar na relação com o meio a melhor configuração possível para realizar os ajustamentos criativos e chegar ao estado de equilíbrio, retornando ao funcionamento saudável. Nessa perspectiva, entende-se funcionamento saudável durante o período de recuperação como a busca por autonomia e pelo retorno à independência. A partir da percepção de boa recuperação e de retorno à vida, o paciente que realizou a cirurgia cardíaca se percebeu como um ser de possibilidades, dotado de liberdade para escolher sua essência a cada instante, consumando, assim, seu projeto de vida e de ser-no-mundo (SORAGGI; CASTRO, 2020).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

O presente estudo caracterizou-se por ser exploratório, de natureza qualitativa. De acordo com Minayo (2008), a pesquisa qualitativa permite compreender a realidade, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Portanto, permite a compreensão de aspectos da experiência dos sujeitos.

### **4.2 Local da Pesquisa e Participantes**

Após aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (COEP), CAAE: 91350918.0.0000.5149, os participantes foram selecionados em um hospital universitário, público e geral em Belo Horizonte/MG, que oferta assistência aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Foram considerados critérios de inclusão: pacientes cardiopatas congênitos ou adquiridos acompanhados pela equipe de Cardiologia Clínica do hospital, com histórico de pelo menos uma cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica (CRVM) ou troca valvar realizada entre um e doze meses anteriores à pesquisa, com idade entre 40 e 65 anos, de ambos os sexos. Destaca-se que ambas as cirurgias envolviam procedimentos operatórios e repercussões comuns, como a utilização de anestesia geral, a realização de esternotomia (incisão no músculo esterno), circulação extracorpórea, a permanência em Unidade de Tratamento Intensivo e o período de readaptação a uma nova rotina. A opção pelo período máximo de um ano após a cirurgia se justificou por ser uma fase crítica no que diz respeito à adaptação pós-operatória (ROMANO, 2001). Os critérios de exclusão foram: pacientes com histórico de prejuízo cognitivo e dificuldade de comunicação verbal que impossibilitassem a participação na entrevista.

Dez pacientes foram convidados a participar do estudo, porém, somente seis aceitaram o convite. Foram realizadas seis entrevistas, contudo, um dos entrevistados desistiu da participação após a realização da coleta dos dados por ter ficado desconfortável em relação ao próprio relato. Dessa forma, a amostra foi composta por cinco pacientes, sendo uma mulher e quatro homens, com idades entre 52 e 65 anos, casados, etnias branca e parda, com escolaridade entre os níveis fundamental e médio. Os participantes realizaram a cirurgia cardíaca entre três e quatro meses antes da entrevista acontecer. Dois foram submetidos à CRVM após

hospitalização por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e três foram submetidos à cirurgia de troca valvar programada durante acompanhamento ambulatorial prévio. Dentre os participantes que realizaram a cirurgia de troca valvar nos últimos quatro meses, uma havia feito a primeira cirurgia cardíaca havia cinco anos.

A quantidade de pacientes entrevistados não foi definida a priori. De acordo com Turato (2011), na pesquisa clínico-qualitativa, a preocupação com o tamanho da amostra pode ser praticamente nenhuma, pois interessa-se pelo estudo de temas no discurso dos sujeitos ou de um assunto em si. Dessa forma, a coleta de dados cessou após a ocorrência de saturação teórica, já que, desde o início do processo, foi realizada uma categorização contínua dos discursos, até que nenhuma nova categoria relevante para os objetivos desse estudo fosse constatada (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **4.3 Instrumentos e Procedimentos**

Os instrumentos utilizados abrangiam o sistema eletrônico do hospital (ANEXO B), que proporcionava os principais dados clínicos do paciente, um questionário fechado (ANEXO C) e uma entrevista semiestruturada (ANEXO D), sendo que os dois últimos foram elaborados pela pesquisadora. O questionário fornece subsídios para a caracterização socioeconômica do participante, assim como, informações clínicas e sobre os tipos de tratamentos atuais e já realizados. A entrevista foi direcionada por um roteiro semiestruturado com questões que permitem o acesso às informações sobre as experiências dos pacientes. Foi realizada uma entrevista piloto com a finalidade de validar o roteiro elaborado.

Os participantes foram recrutados no serviço de Cardiologia Clínica e Cirúrgica pela própria pesquisadora, por intermédio dos agendamentos das consultas médicas ou de fisioterapia. Eles foram contatados pessoalmente ou por telefone, mediante um convite formal individual. Diante do interesse, a pesquisadora forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (ANEXO A), conforme preconiza a Resolução 466/2012, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Posteriormente, foram feitos esclarecimentos sobre o direito de aceitar participar ou não do estudo, direito de declinar da pesquisa a qualquer momento, a autorização da divulgação dos resultados da pesquisa, mantendo-se o anonimato dos participantes em publicações resultantes deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas em dia e horário de preferência dos participantes e ocorreram em local reservado dentro do hospital. O conteúdo foi gravado por meio de um gravador eletrônico e, posteriormente, transcrito para a realização da análise. Considerado o

risco de as entrevistas suscitarem mobilização emocional nos participantes, o suporte psicológico foi ofertado a todos eles. Somente o paciente que desistiu da participação no estudo aceitou o acompanhamento psicológico ofertado. Os participantes foram identificados pelas letras M ou F (masculino ou feminino), seguidos de um número sequencial que indica a ordem de realização das entrevistas, da idade e do tipo de cirurgia cardíaca realizada.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977), em que o conteúdo é transcrito, analisado, categorizado e discutido. A análise de conteúdo consiste na explicitação e sistematização dos conteúdos que emergem dos relatos dos entrevistados, tendo como finalidade a busca de informações sobre um dado fenômeno (BARDIN, 2009)

Foram realizadas, portanto, as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira, fez-se uma leitura flutuante dos relatos dos participantes e, em seguida, desenvolveram-se hipóteses e objetivos que auxiliaram na elaboração de unidades de significação. Posteriormente, a exploração do material foi realizada através da edição das entrevistas, separando os textos em grandes temas e codificando-os em agrupamentos de trechos que teorizam uma ideia em comum. Na terceira etapa, ocorreu um processo de reflexão e de intuição a partir do embasamento teórico escolhido para este estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica auxiliou a dar sentido às interpretações (BARDIN, 2009).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas narrativas dos participantes, formularam-se núcleos de sentido de onde emergiram categorias e subcategorias. Para este estudo considerou-se a categoria O Pós-Operatório Tardio: Efeitos na Vida e no Tratamento, com as seguintes subcategorias:

- O estado emocional

*A insegurança em relação à alta hospitalar e o retorno ao ambiente familiar*

*Lembrança que representa a aproximação da morte*

- A vida após a cirurgia: adaptações no cotidiano

*Os sintomas e as relações: interlocução entre o antes e o depois da cirurgia*

*Depois da cirurgia: limites e possibilidades*

- Adesão ao tratamento

*A mudança de hábitos: interface entre o antes e o depois da cirurgia*

*Perspectivas futuras: a responsabilização da pessoa em recuperação*

### 5.1 O Estado Emocional

#### 5.1.1 A insegurança em relação à alta hospitalar e o retorno ao ambiente familiar

Na perspectiva médica, os pacientes foram considerados estáveis e orientados a retornarem ao ambiente familiar quando não apresentassem intercorrências durante a recuperação da cirurgia cardíaca. Em contrapartida, mesmo com o quadro clínico estável, a alta hospitalar pode ser acompanhada de insegurança, medo e desamparo por parte dos pacientes. No conjunto de narrativas, o participante M-2 explicitou grande preocupação em relação ao resultado da cirurgia e à possibilidade de intercorrências fora do hospital. Os demais participantes não apresentaram relatos sobre o momento da alta. Dessa forma, o sentido em torno do qual o depoimento girou apontou para a percepção de que o retorno para casa após a cirurgia cardíaca poderia representar um momento crítico, em que emergiria insegurança em relação ao sucesso do procedimento, desamparo diante da ausência dos profissionais de saúde no ambiente domiciliar e risco iminente de morte. Esses aspectos podem ser percebidos no seguinte relato:

Então, depois da cirurgia têm esses medos, né? Se vai funcionar a coisa, se cicatrizou, se não cicatrizou... “será que ele fez o negócio certinho lá dentro?”. Porque cê não tem... porque se acontecer de dar um problema, cê vai recorrer pra quem? (...) é esse pós cirúrgico ele é dolorido e preocupante. Porque eles falam: “Ah, tá tudo bem, tá tudo bem”, mas cê nunca sabe se tá tudo bem. As sensações são várias. (M-2)

Soraggi e Castro (2020) explicam que diante das manifestações de medo e insegurança presentes durante o processo cirúrgico, o suporte ofertado pela equipe de saúde, a assistência atenta às necessidades dos pacientes e a percepção positiva que os pacientes têm sobre os profissionais e a instituição auxiliam na construção de expectativas positivas acerca dos resultados da cirurgia cardíaca. Assim como a presença do terapeuta possibilita o engajamento do paciente, o campo seguro ofertado pelos profissionais de saúde torna possível para quem está sendo cuidado suportar os sintomas advindos do adoecimento (AYRES, 2007). Sendo assim, a perda do suporte e da assistência constante da equipe de saúde, decorrente do retorno ao ambiente familiar, pode despertar insegurança e sentimento de desamparo nos pacientes que haviam se ajustado aos fatores de proteção presentes no contexto hospitalar, como descrito por M-2:

Ah, eu acho que a gente fica muito debilitado. Tipo, psicologicamente, cê fica muito emotivo. Principalmente na primeira, segunda semana, cê se emociona muito. É... tudo te emociona (...) Depois que sai, depois que sai. Principalmente depois que sai daqui. Entendeu? (M-2)

Cê não sabe o que pode acontecer, então cê sente uma dor diferente, cê sente o coração dando uma disparada. E cê não sabe se é normal, se não é normal (...) porque eu acho que o que falta as vezes é o médico sentar com você e te explicar: “oh, pode acontecer isso, pode acontecer aquilo, pode te acontecer isso, pode te acontecer aquilo, se acontecer cê toma isso cê vai fazer aquilo. (M-2)

Compreende-se, portanto, que sendo o contexto hospitalar um ambiente de proteção durante o período da recuperação cirúrgica, a saída do hospital simboliza desproteção e risco de morte.

Bantim (2008) explica que, enquanto na antiguidade a finitude era um acontecimento participante e natural da vida, ao longo dos séculos houve um deslocamento da morte do ambiente íntimo para o ambiente externo. Tendo em vista a ressignificação do fenômeno da morte, retira-se da casa a perturbação e a emoção causada pela presença dessa, naturalizando-se o hospital como o local para estar em caso de risco, tendo a presença dos profissionais de saúde como os guardiões da morte.

Paulini e Tavares (2007) complementam que ao longo dos séculos a representação social do hospital como instituição destinada a aliviar o sofrimento e oferecer a possibilidade de morte digna também sofreu influências do movimento dos *hospices* que aconteceu na Inglaterra em 1960. De acordo com Carvalho (2004),

A palavra hospice significa abrigo, albergue. Sua origem vem da Idade Média, quando, nas longas peregrinações aos lugares santos, os viajantes aí encontravam hospedagem, alívio e apoio para os seus males. Cansados e doentes, os viajantes muitas vezes morriam nos hospices, terminando sua árdua caminhada nesses albergues. (p. 90)

Assim, a partir das influências desses movimentos ao longo dos séculos e da Política de Humanização em Saúde, construiu-se a representação do hospital como local de amparo e cuidado em casos de possibilidade de morte. Através de uma visão holística, a equipe multiprofissional contribui para a construção de um ambiente protetivo para o paciente portador de doença crônica com risco de morrer.

A qualidade do trabalho em saúde no hospital, portanto, é composta tanto da competência técnico-científica quanto da competência para interagir, isto é, para se relacionar com o paciente e a equipe. A experiência de trabalhadores da saúde demonstra que um grande número de queixas e demandas dos pacientes podem ser resolvidas, ou pelo menos minimizadas, quando o paciente se sente ouvido, compreendido, acolhido, considerado e respeitado pelos profissionais que o estão atendendo (PAULINI; TAVARES, 2007). Dessa forma, o hospital se torna um ambiente protetivo para os pacientes não só pela representação social e histórica que possui, mas também pela presença dos aspectos relacionais que atendem as necessidades e despertam o interesse do paciente.

Perls (1973) explica que o ser humano não percebe as coisas de forma isolada e sem relação, mas as organiza no processo perceptivo como um todo significativo. Dessa forma, a organização de fatos, percepções, comportamentos ou fenômenos define algo e lhe dá um significado específico e particular. Alvim (2016) complementa:

O mundo que percebemos tem, além da dimensão física ou material, uma dimensão vital e outra humana, capaz de simbolização, que cria, compartilha e comunica sentidos e significados, construindo uma realidade sociocultural. O campo envolve todas essas dimensões unidas em uma totalidade complexa, compondo nossa experiência perceptiva (p. 22)

O paciente cardiopata em recuperação cirúrgica, por exemplo, percebe o hospital como uma unidade que oferta segurança e amparo, na qual alguns elementos podem se sobressair de

acordo com a necessidade e o interesse da pessoa. Assim, enquanto mantiver o interesse, a cena total parecerá organizada de modo significativo, havendo a possibilidade de que na relação com o meio o paciente satisfaça suas necessidades.

Por outro lado, quando o paciente se encontra diante da alta hospitalar, não identifica no ambiente domiciliar as mesmas possibilidades de satisfação das necessidades que estavam presentes no hospital. Nesse momento, a pessoa se percebe incapaz de manipular seu meio, acontecendo alterações no processo homeostático (PERLS, 1973). Nesse processo o paciente pode se sentir desamparado e se comportar de modo desorganizado e ineficaz, como exemplificado pelo participante M-2 quando aponta a presença do medo, da preocupação e da fragilidade emocional. Trata-se de respostas possíveis necessárias à sobrevivência e influenciadas por situações difíceis vivenciadas anteriormente, implicando em desorganização ou distorção do universo das percepções e dos sentimentos (TÁVORA, 2014).

Perls (1973) define o processo homeostático como aquele pelo qual o organismo mantém seu equilíbrio e, conseqüentemente, sua saúde em condições diversas.

A homeostase é, portanto, o processo através do qual o organismo satisfaz suas necessidades. Uma vez que suas necessidades são muitas e cada necessidade perturba o equilíbrio, o processo homeostático perdura o tempo todo. Toda vida é caracterizada pelo jogo contínuo de estabilidade e desequilíbrio no organismo. Quando o processo homeostático falha em alguma escala e o organismo não consegue satisfazer suas necessidades, está doente (p.22).

### 5.1.2 Lembranças significativas que representam a aproximação da morte

Após o retorno para casa, os pacientes apontam algumas memórias em relação ao processo cirúrgico. De acordo com os relatos, mesmo que o hospital proporcione amparo e segurança no período de recuperação da cirurgia cardíaca, a realidade da aproximação com a finitude durante o processo representa um impasse na vivência dos pacientes mesmo após o retorno para casa. Durante as entrevistas, os participantes relataram lembranças e sentimentos recorrentes em relação ao processo cirúrgico, rememorando principalmente situações que remetem à percepção de risco e à aproximação da morte, como exemplificam os seguintes relatos:

A gente não escolhe a hora de morrer. Então isso fica. (...). Às vezes eu tô dormindo, aí eu assusto. Parece que eu tô passando de novo pela cirurgia, sabe? Só que assim, o sonho...ficou muito ruim. Acho que eu não queria bem saber que isso [uma parada cardiorrespiratória] tinha acontecido comigo. Mas, tá no meu papel de alta. Não sei se de alta. Só sei que eu tenho esse documento lá em casa: que eu dei uma parada [cardiorrespiratória]. (...) Era melhor se eu não soubesse né. Aí

marcou. Eu poderia não ter voltado... né? Mas, parada? Não achei que meu coração fosse parar (F-1).

Porque eu vi gente ali que não pôde contar. Fez a mesma coisa que eu e nem voltou da cirurgia: morreu (M-2).

O estudo realizado por Soraggi e Castro (2020) aponta que diferentemente do período pré-operatório, em que a ameaça de morte é longínqua, os sentidos que as narrativas apresentam sobre o momento da cirurgia no bloco cirúrgico são de aproximação da morte, ameaça real e imediata à sobrevivência. Confrontar com estas questões é entrar em contato com o sofrimento e destacar este sofrimento é forjar uma organização interna mais madura e mais próxima da realidade da vida que é a morte (BANTIM, 2008).

Acredita-se que o sofrimento decorrente da percepção de finitude ocorre porque ao contrário da antiguidade quando a morte era vista como um momento de transição natural, gradativamente esse fenômeno foi silenciado na contemporaneidade devido à interdição da manifestação pública da dor e a priorização da felicidade pela sociedade. Dessa forma, a evocação do processo de morte tornou-se doloroso por simbolizar a impossibilidade da potência e da felicidade humana (ARIES, 2003; BANTIM, 2008). No domínio público, pensar na morte é considerado um temor covarde e uma fuga do mundo, não permitindo a coragem de assumir a angústia diante desse fenômeno (HEIDEGGER, 1927/2002).

Portanto, quando no campo interacional pessoa-meio, onde se formam as experiências humanas, a pessoa se depara com algo que representa um risco ou ameaça para a integridade física e psicológica, como possibilidade de morte ao realizar a cirurgia cardíaca, há um impasse existencial ou experiência traumática (MELO, 2007; PERLS, 1988). Esta experiência é vivenciada com angústia, sendo ao mesmo tempo intolerável e inevitável. Nesse sentido, as narrativas de F-1 e M-2 demonstram que mesmo que haja resultado positivo e boa recuperação, os pacientes permanecem vivenciando a aproximação da morte no aqui e agora do cotidiano, sobretudo quando há a constatação de que houve uma parada cardiorrespiratória durante o procedimento.

Oliveira e Lemos da Luz (2009) apontam que como a cirurgia cardíaca simbolicamente representa interferência no centro da vida e das emoções, do ponto de vista individual de quem opera, o coração é sempre tudo ou nada, mesmo que tenha tido resultados positivos no procedimento cirúrgico. O relato da participante F-1 demonstra que a consciência sobre a própria finitude fica mais concreta ao tomar conhecimento de que teve uma parada cardiorrespiratória durante a cirurgia, assim como a percepção de que poderia não mais estar viva no momento atual.

Já a narrativa de M-2 mostra que a percepção da realidade da morte também pode acontecer a partir do contato com a experiência de outros pacientes. Ao presenciar a finitude dos que fizeram a mesma cirurgia, o participante dá-se conta de que ao contrário dos outros está tendo a oportunidade de contar sobre o processo cirúrgico justamente por ter sobrevivido ao procedimento. De acordo com Bantim (2008), morte possui a representação de dor, sofrimento, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um SER vivo, porém, coexiste com a vida ao mesmo tempo. Dessa forma, quando o paciente se depara com a aproximação real da morte tem a oportunidade de recomeçar a viver.

Ainda assim, vivenciar os sentimentos relacionados à finitude parece especialmente difícil para aqueles que são ensinados e treinados a se afastarem dela. Heidegger (1927/2002) esclarece que a imersão do ser humano na cotidianidade da vida permite a familiarização com o impessoal, o que nos tranquiliza sobre diversas questões humanas, como a morte. Para o autor, a morte com a qual o impessoal convive é sempre a morte de alguém, entendida como um fato, mas que sempre está longe da presença. Em contrapartida, por mais que haja a tentativa de afastamento desse fenômeno, isto não é permanente tendo em vista que nas experiências humanas a pessoa se depara com situações que proporcionam a compreensão do SER como *ser-para-a-morte*, como a cirurgia cardíaca (HEIDEGGER, 1927/2002; MELLO; SILVA, 2012).

Heidegger (1927/2002) ensina que, ao desvelar o *ser-no-mundo* que somos, desvela-se também a angústia como disposição fundamental desse *ser-aí-no-mundo* ante sua finitude. Essa presença no mundo que todos nós somos se angustia diante da percepção de ser mortal, tendente ao *não-ser-mais-aí*. O autor explica que desde o nascimento o ser humano já é suficientemente velho para morrer. Dessa forma, todo ser já nasce sendo presença no mundo e carregando em si todas as suas possibilidades de ser, e nelas já está a possibilidade do *não-ser*, que é também sua possibilidade mais certa.

Essa angústia em decorrência da percepção de *ser-para-a-morte* acontece na experiência dos cardiopatas à medida que aguardam o processo cirúrgico e entram em contato com outras histórias e vivências. Tanto o participante M-3 quanto M-5 destacaram situações em que estiveram em contato com outros pacientes cardíacos com risco de morte:

Fazendo o acompanhamento, igual eu estive aqui, conheci um paciente aqui que chegou num ponto que a situação dele estava crítica porque deixou passar da hora, poderia ter sido igual ao meu caso, uma coisa feita, né, num processo, com segmento, acompanhamento, ele deixou pra última hora e o que ocorreu é que aí é que o negócio complicou mais... ele fez uma cirurgia mais complicada, né, mais cheia de mais detalhezinhos.; (...) Exatamente isso que eu falei com ele, falei “escuta, porque que

você não procurou antes? “, ”Ah, eu fiquei com medo, sabe, falava com um, falava com outro, eles me tiraram de ideia, me punha medo, isso é uma cirurgia muito complicada e tal, aquele troço todo.” (M-3)

Lá na enfermaria também né? Depois que eu fui lá para o quarto. (...) A gente lembra né? Tinha um moço lá que ia colocar um CDI e... (...) O moço tava lá, e o moço reclamava demais... tava lá e tinha um mês que não colocava o CDI nele né. Ai ele fazia greve não tomava remédio e para não comer também e eu pelejando como ele “faz isso não, moço, toma o remédio” ai vinha a psicóloga conversava com ele né. Ai elas vinha... são prioridades né. O meu caso, o meu caso as vezes o dele, mas tem outras pessoas que chega com o caso mais grave né. Tem que operar primeiro que eu. No caso dele também né... o CDI que era para ele teve que por em outro que chegou mais grave, então a gente vê isso tudo, né. (...) É o que eu estou te falando: é muita gente para tratar no hospital só, essa Minas Gerais é grande, né. Aí vem todo mundo. Ai você vê cada caso aí. A gente vê né, cada caso difícil. (M-5)

A gente lembra né? (...). Eu lembro que quando eu tava lá na UTI (...) o pessoal que tinha mais gente que fez cirurgia chegava também, né, e a gente via a luta que era. Às vezes a gente acha que tá com um caso muito difícil e tem tanta gente com outros casos muito mais complicados, né, ai você vê o pessoal entrar lá depois da cirurgia, né. Aí a gente lembra disso, né. (M-5)

As narrativas acima são caracterizadas pela comparação entre o próprio estado de saúde com os demais. Percebe-se nos discursos que diante da angústia decorrente da percepção do risco de morte que tanto eles próprios quanto os outros pacientes apresentavam, tanto M-3 quanto M-5 exerceram papel de suporte e estimularam reflexões nas pessoas que passavam por tratamento semelhante. Infere-se que entrar em contato com históricos mais complexos que implicavam na ausência de autocuidado foram situações mobilizadoras para ambos os participantes da pesquisa. Nesse encontro com o corpo, que é ao mesmo tempo semelhante e diferente, há experiência de fronteira e contato como ajustamento criador, como explica Alvim (2016):

Em nossa experiência com o outro, além de compartilhar uma natureza dada pela dimensão fisiológica do corpo e uma condição existencial de ser um corpo que vê e é visto, sente e é sentido, também compartilhamos uma dimensão sociocultural; ambos pertencemos a um mesmo fundo, um tempo sócio histórico, uma cultura de onde brotamos como singularidades. Tal dimensão se apresenta em nós, corporalmente; em nossas formas de perceber, sentir, agir e falar, sendo parte de um fundo invisível. (p. 37)

De acordo com Bantim (2008), o período de hospitalização representa um espaço do vazio, de impotência, de paralisia. Nesse processo, a vida e a morte ganham um esboço singular quando vislumbradas na ótica da pessoa que se percebe na perda gradativa da saúde e na contiguidade da finitude. O autor explica que no caso dos pacientes em cuidados paliativos em estágio terminal a expectativa constante de morte e a descrença em relação às medidas terapêuticas constituem na paralisação da pessoa diante dos limites dos tratamentos para a cura (BANTIM, 2008). Já no caso dos cardiopatas cirúrgicos, em que a angústia de *ser-para-a-morte*

é acompanhada pela possibilidade de sobrevivência através da realização da cirurgia, há a oportunidade de um reposicionamento ativo no encontro com o outro. Em face da espera pelo procedimento, vislumbra a esperança da cura em outros pacientes e, em consonância, torna-se ativo na relação e no próprio processo de tratamento.

Trata-se de um organismo que, ao se deparar com a nova realidade, identifica suas necessidades e encontra meios adaptáveis de satisfazê-las através da autorregulação entre o estado de desequilíbrio e estabilidade do organismo (PERLS, 1973). Nesse caso, a necessidade de sobreviver age como força propulsora nos cardiopatas cirúrgicos que buscam ativamente manter seu equilíbrio ou homeostase a partir das relações no ambiente em que se encontram. Essa experiência de contato convida o paciente a retornar à experiência sensível, para resgatar a dimensão do sentir e se abrir à experiência da fronteira de contato engajado na situação, com sua presença sensível e corporal (ALVIM, 2016).

## **5.2 A Vida Após a Cirurgia: adaptações no cotidiano**

### **5.2.1 Os sintomas e as relações: interlocução entre o antes e o depois da cirurgia**

Além das doenças cardiovasculares constituírem a maior causa de mortalidade no Brasil e no mundo, elas são responsáveis por altas taxas de morbimortalidade e interferência na qualidade de vida das pessoas acometidas. Dessa forma, o período de adoecimento que antecede a realização da cirurgia cardíaca geralmente é acompanhado por sintomas que interferem significativamente na qualidade do cotidiano dos pacientes. Tratam-se aqui dos pacientes com diagnóstico de cardiopatia indicados à cirurgia de troca valvar, programada durante acompanhamento ambulatorial prévio. Nesse estudo, três participantes realizaram essa cirurgia, sendo que dois deles citaram as principais dificuldades presentes no período que a antecede:

Nossa, eu não respirava, eu não andava, eu não podia conversar esse tempo todo. Eu tinha que dar uma parada. Eu falhava muito a minha voz. (F-1)

Eu tomava um tanto de remédio, tomava uns cinco tipos de remédio, remédio para pressão, remédio pra arritmia cardíaca, remédio pra... que eu tava inchando as pernas... me deram remédio pra... tomava um tanto de remédio. O efeito colateral era muito grande. Você imagina tomar cinco comprimidos de manhã dava até aquela náusea (...). Assim ... igual eu sentia cansado né. Eu dava muita tonteira também (...). Às vezes eu tava na fila do supermercado parecia que eu ia desmaiar, entendeu? (M-5)

As narrativas demonstram que os sintomas de falta de ar, cansaço, vertigem, arritmia e inchaço nas pernas prejudicam tanto o desempenho nas atividades de vida diária quanto a

manutenção das relações. O relato de F-1 aponta que a dificuldade de caminhar e manter diálogos são fatores que contribuem para o isolamento social. Já a segunda narrativa deixa explícita as consequências não só da sintomatologia, mas também dos efeitos colaterais dos medicamentos no bem-estar. Dessa forma, os sentidos que compõem as narrativas são de limitações e mal-estar durante o período de espera pela cirurgia de troca valvar. Os mesmos aspectos não foram observados nas experiências dos participantes que realizaram a cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica (CRVM) após a ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio porque geralmente são assintomáticos.

Infere-se a partir das narrativas que ao vivenciar os sintomas decorrentes das cardiopatias, os pacientes geralmente se reconhecem em corpos doentes ou mesmo não se identificam no corpo que habitam. A ameaça da perda mobiliza sentimentos de negação, medo, raiva e desespero, podendo haver a perda da identidade e do referencial de si (BANTIM, 2008). Afinal, a doença se relaciona com o corpo físico, com as atividades que interferem nele, com o contexto relacional e com as atitudes do indivíduo consigo mesmo e frente à vida.

O sofrimento em decorrência desses fatores físicos, emocionais e sociais acontece porque tanto o corpo quanto a mente formam uma totalidade organísmica que não podem ser pensados separadamente (ALVIM, 2016; GOLDSTEIN, 2000). O corpo é experiência vivida no campo, sendo composto tanto pela dimensão anatomofisiológica quanto pela dimensão vivida do corpo no mundo, denominada corporeidade (ALVIM, 2016). Da mesma forma, na perspectiva ontológica, o sintoma é um estilo de ser no mundo, uma postura total presente nas experiências humanas que sinaliza desequilíbrio e interferência na homeostase (CARDELLA, 2002; GALLI, 2009; RIBEIRO, 2006).

Afinal, é como corpo que o ser humano habita o mundo, interage, vê, sente e é afetado, gesticula e movimenta, ou seja, faz contato. Assim, quando acometido anatomofisiologicamente por alguma doença, há repercussões simbólicas e relacionais. Alvim (2016) explica que isso acontece porque a corporeidade envolve contato, sentimento e comportamento motor integrado em um todo no movimento:

No contato da pessoa com o ambiente o corpo é um todo pele, músculo, coração, pulmões, sangue, forças instintivas, crenças, valores, representações inscritas na carne – que é minha e também do mundo. O mundo social, intersubjetivo e intercorporal está presente em mim, no outro e nas coisas, tal como propõe Merleau-Ponty (2000). (ALVIM, 2016, p. 23)

Tendo em vista que a corporeidade se faz no movimento, em interação com o mundo e o outro, o paciente que vivencia as limitações e o mal-estar decorrentes da cardiopatia afeta e é

afetado no mundo em que se encontra. Nesse movimento vivo no campo organismo-ambiente, o corpo adoecido vai se esboçando num modo singular de ser no mundo de acordo com as possibilidades e refaz o sentido de si como pessoa doente (ALVIM, 2016).

Porém, após a realização da cirurgia cardíaca e o retorno para casa, os participantes começam a vivenciar os benefícios do procedimento. Os depoimentos em relação às influências da cirurgia no cotidiano são permeados pela percepção de melhora dos sintomas e da qualidade de vida. Dessa forma, o período do pós-operatório tardio envolve satisfação em decorrência da melhora dos sintomas e do retorno às atividades de vida diária.

[Agora] Não canso mais. E eu tô aqui feliz da vida! (...). Me fez de novo (...). É o que eu tô te falando: a minha respiração melhorou, né? A arritmia, não tem mais arritmia, a arritmia sumiu, foi embora. E o meu coração bate menos forte do que antes. Não acelera mais, porque eu não tenho arritmia mais. Então melhorou assim, de mais da conta. (...) E eu já tô quase indo faxinar, que eu acho que já posso (F-1)

Eu me sinto bem de poder contar isso (a experiência), porque se não tivesse condições de contar é porque eu estaria muito mal, né e eu me sinto muito bem. (M-4)

Agora não, agora graças a Deus, nem remédio para pressão eu tomo mais. (...). Estou tomando é remédio para ansiedade, tô tomando AS e o Marevan (...) mas não tá me atrapalhando em nada tomar o Marevan. (...). Agora não dou mais [tonteira]. Agora não. Respiro bem. Não me sinto cansado mais... mas sinto que dói se eu fizer esforço além... sinto que ainda dói no lugar da cirurgia. Ainda dói se eu fizer muito esforço com os braços. (...). Eu sinto bem melhor viu. Assim, a minha saúde melhorou, bastante praticamente minha saúde melhorou 100%. (...). Após a cirurgia agora estou me sentido muito bem. (M-5)

A partir das narrativas, percebe-se que o organismo tem tanta necessidade psicológica como fisiológica de contato; ela é sentida cada vez que o equilíbrio psicológico é perturbado, assim como as necessidades fisiológicas são sentidas sempre que o equilíbrio fisiológico é alterado (PERLS, 1973). Após a cirurgia, a diminuição dos sintomas de falta de ar, cansaço, vertigem e arritmia representa a satisfação das necessidades de contato, relação e qualidade de vida antes insatisfeitas.

Kovács (1992) aponta que no caso das doenças crônicas a promoção de uma boa qualidade de vida envolve a minimização dos sintomas incapacitantes e não um prolongamento da vida a todo custo. Dessa forma, à medida que os resultados da cirurgia cardíaca promovem diminuição dos desconfortos e novas condições de vida, torna-se possível vivenciar experiências qualitativamente melhores nas atividades cotidianas e nas relações desses pacientes.

Qualidade de vida relaciona-se a fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais, tendo cada uma dessas dimensões um sentido diferente para cada pessoa (Kovács, 1992). Assim, a

promoção de qualidade de vida não se resume ao controle dos sintomas físico-químicos dos pacientes, mas também aos aspectos psicológicos, sociais, espirituais e familiares que desde o início se apresentam como necessidades no contexto do adoecimento.

Ressalta-se que as necessidades psicológicas e fisiológicas não são separadas, afinal, cada uma contém elementos da outra sendo inter-relacionadas (TÁVORA, 2014). Dessa forma, quanto mais intensamente as pessoas reconhecem essas necessidades como essenciais para o prosseguimento da vida, mais se identificam com elas (PERLS, 1973). O relato de F-1 se destaca em relação à demonstração de felicidade por se perceber capaz de realizar atividades em que se reconhece como pessoa. E a narrativa do participante M-2 evidencia as mudanças que o participante realizou em todo o estilo de vida em função do adoecimento e do processo de tratamento:

Eu não nasci pra sofrer. (...). Muda, eu mudo o meu perfil social, alimentar, eu mudo ele todo... é exercício, eu mudei o meu estilo de vida todo em função do evento que aconteceu comigo. Né? Então... eu melhorei agora (M-2)

Percebe-se que a partir da experiência do ser-no-mundo em recuperação há novas produções de sentido em relação à própria existência. Enquanto F-1 volta a reconhecer sua identidade, M-2 aponta novos propósitos em relação à vida. Diante dessas necessidades satisfeitas, ambos se tornam mais saudáveis e espontâneos, permitindo um modo ativo e passivo de SER. Ou seja, as novas produções de sentido mobilizam os movimentos do corpo, que se orientam e manipulam a situação, exercendo ações motoras que visam integrar e assimilar a diferença, restaurando o equilíbrio do organismo (ALVIM, 2016).

Concomitantemente a se perceberem mais saudáveis, reconhecem que ainda se encontram em uma situação de cuidados constantes, tornando-se ativos em relação às mudanças no estilo de vida e nas relações. Para Merleau-Ponty (1994), o corpo dotado de intencionalidade, se movimenta ‘em direção a’, espaço corporal e espaço exterior compondo um sistema prático no qual o corpo está polarizado por suas tarefas, diante de figuras privilegiadas que são o polo de sua ação. Quando isso acontece, o corpo se torna o fundo, fora de consciência, constituindo um suporte indispensável para o contato (PERLS, L., 1992; ALVIM, 2016)

Portanto, quando de modo espontâneo o paciente se sensibiliza e gesticula em direção a algo que está conectado com a necessidade dominante no campo de presença aqui e agora, produz-se a experiência de *awareness* (ALVIM, 2016). De acordo com Yontef (1998), *awareness* é o processo de estar em contato vigilante com os eventos importantes do campo pessoa-meio, com total apoio sensório-motor, emocional, cognitivo e energético. Portanto, estar

*aware* requer autoconhecimento e conhecimento da situação atual, considerando tanto as possibilidades quanto as limitações que a compõem, como exemplificado na experiência dos participantes.

### 5.2.2 Depois da cirurgia: limites e possibilidades

Percebe-se que em geral, o resultado anato-fisiológico do processo cirúrgico influencia na maneira com que os pacientes respondem ao tratamento após a realização do procedimento. Ao mesmo tempo que a diminuição dos sintomas atribui ao tratamento o significado de melhora na qualidade de vida, o retorno para casa também é permeado pela percepção de novos limites que antes eram inexistentes.

No conjunto de narrativas, a participante F-1 relata que houve melhora em diversos aspectos de sua vida, destacando o desempenho ao realizar os afazeres cotidianos e domésticos. Ao contrário de mencionar os limites, explicita as possibilidades que adquiriu após a realização da cirurgia:

Melhorou a minha vida.  
 (...) Nossa, melhorou de mais. Melhorou muito. De mais mesmo. (...) 100%  
 (...) Eu hoje posso trabalhar né, posso fazer minhas coisas, não canso mais... posso varrer o chão, fazer minha comida. (F-1)

Já os demais participantes apontam que o adoecimento, o tratamento e o retorno à vida cotidiana fora do hospital são permeados por diversas limitações. Os sentidos em torno dos quais os depoimentos giram – mudança de vida, melhora dos sintomas e presença de novas limitações no cotidiano e no trabalho – ressaltam a percepção de que o retorno para casa após a cirurgia cardíaca representa um desafio. Dessa forma, ao mesmo tempo que o paciente se encontra diante de novas possibilidades de vida, depara-se também com a exigência de adaptar o estilo de vida a partir das orientações colocadas pelos profissionais de saúde que o acompanham.

De acordo com Bantim (2008), a vivência de uma doença que ameaça a vida como a cardiopatia, leva o sujeito a questionamentos a respeito da existência, seu sentido e significados. Assim, o adoecimento também acarreta na perda da ilusão de um corpo perfeito, de invulnerabilidade e imortalidade. No caso das narrativas dessa pesquisa, os participantes apontam que houve a perda da ilusão do corpo perfeito para o trabalho, como pode ser verificado nos seguintes relatos:

Eu trabalho, eu tenho uma empresa, eu tive que parar tudo. Então eu trabalho só uma parte do dia. Então a minha semana é quebrada (...) O principal fator de ela [da experiência de adoecer] ser horrível é que você tem um cotidiano, ce tem uma vida. A partir do momento que ce sofreu um infarto e entrou num código que eles estipulam como código de segurança, te desliga da sua vida, cê não tem emprego, cê não tem família, cê não tem nada! Entendeu? Te desliga de tudo. Sua família duas horas é uma hora só. É, os seus compromissos acabam todos, as suas responsabilidades acabam na hora. Então, esse desligamento que a doença traz na sua vida é que eu acho o grande problema. (M-2)

Agora eu estou operado né. (...) Eu sei que agora eu não posso fazer o trabalho que eu não faço mais, entendeu? Eu fazia um trabalho pesado e ainda estou afastado (...). Então isso influenciou muito. Então eu tenho que lembrar disso tudo eu não posso esquecer disso e fazer o mesmo trabalho que eu estou fazendo, que eu fazia antes, e esquecer disso, entendeu? (...) Porque como diz, quem gosta da gente é gente, entendeu? Empresa só enquanto você tem saúde. Entendeu? Aí tem que dar graças a Deus, porque a empresa nem me perguntou se eu precisava de nada, entendeu. (...) tem muita coisa que eu não posso fazer mais, porque eu fiz cirurgia do coração, não dá para mim, então influenciou sim (M-5)

De acordo com Kovács (1992), um dos fatores mais comuns em pacientes com doenças graves é o chamado sofrimento secundário. Dessa forma, além da angústia diante da possibilidade de finitude, as pessoas adoecidas relatam ter grande dificuldade diante dos outros fatores decorrentes do adoecimento, como a separação dos familiares, problemas financeiros, isolamento, não realização de metas, dependência, vergonha, medo do sofrimento físico, medo do desconhecido, medo do que pode acontecer com os dependentes e a inveja de quem tem saúde. Para cada paciente, um dos pontos citados que remetem ao sentido de limitação e mal-estar pode se configurar como o mais difícil de suportar (KOVÁCS, 1992).

Outro aspecto observado se refere à percepção de ameaça à identidade. O participante M-2 aponta que o processo de adoecimento e tratamento acarreta no desligamento da própria vida. Percebe-se que a narrativa apresenta exemplos de desconexão com aspectos identitários e com os papéis sociais, como emprego, família, compromissos, responsabilidades. A percepção de si mesmo afeta as atitudes e influencia a forma de perceber e contatar a realidade (GALLI, 2009). Bantim (2008) explica que os pacientes, de um modo geral, são surpreendidos pela doença e pela hospitalização, tendo que deixar seus compromissos para serem resolvidos, sua família sem assistência e, além disso, tem de *mudar-se* para um ambiente estranho e impessoal, levando como bagagem a dor, o medo e a incerteza.

Dessa forma, ao passar por uma internação hospitalar os pacientes tendem a experienciar um momento de suspensão, ficam no *entre...*, entre o antes e o depois da internação, entre a espera para realizar um exame e obter seus resultados, entre o tempo para se recuperar e obter alta. Neste processo, o paciente vive para o tempo futuro - *quando sair do hospital, quando melhorar, depois que fizer a cirurgia*. Ainda assim, as narrativas apontam que mesmo após a

alta hospitalar o retorno às atividades não volta a acontecer da mesma maneira. Há a assimilação da morte do corpo saudável e de aspectos identitários, apontando para a realidade existencial do ser humano como participante do seu processo de doença, sofrimento e finalmente da morte (BANTIM, 2008).

Por outro lado, lidar com a perspectiva de morte se torna uma oportunidade ímpar de (re) significar o sentido da existência. Diante da vulnerabilidade em que a pessoa se apresenta ao dar-se conta da morte do corpo saudável, procura meios para se autorregular, minimizar a dor e reconstituir a vida, como aponta o participante M-3:

A gente valoriza as coisas, né (...) a coisa tem que ser feita dentro de um limite, dentro disso, dentro daquilo, e a gente vê que realmente, né, há necessidade disso aí [de mudar o estilo de vida]. Fazer isso bem feitinho, tudo direitinho e consciente, né, e procurar igual eu agora, depois, procurar seguir também um ritmo bem bom. (M-3)

De acordo com Perls (1988), o processo de autorregulação opera a serviço da sobrevivência do indivíduo no âmbito da vida e da morte. Dessa forma, quando dentro do campo pessoa-meio surge uma situação que representa risco ou ameaça para a integridade, o processo homeostático falha e a pessoa aciona formas de lidar com a situação a favor da existência (RIBEIRO, 1997).

Bantim (2008) concorda que o ser-no-mundo fica abalado, mas não destruído pela doença, sendo necessária uma força emergir da crise. Assim, o paciente utiliza de ajustamentos criativos na tentativa de retorno ao estado de equilíbrio saudável.

O ajustamento criativo representa o processo dinâmico e ativo de interação do indivíduo com o ambiente para solucionar situações e restaurar a harmonia, o equilíbrio, a saúde do organismo, o qual se dá por meio da autorregulação (processo espontâneo e inato em nosso organismo), que visa à satisfação das necessidades primordiais do momento, considerando as possibilidades ambientais (ANTONY, 2009, p. 357).

Tendo como pressuposto que o processo de autorregulação envolve a participação ativa da pessoa no meio, as vivências do medo e da insegurança parecem impulsionar o posicionamento ativo a favor da satisfação da necessidade de sobrevivência. Nesse sentido, compreende-se que no processo de contato a pessoa como corporeidade percebe as necessidades dominantes no campo e a partir delas sente, orienta-se e movimenta para manipular a situação, retomando o equilíbrio e a integração, assimilando a novidade. Essas práxis se tornam movimento criador ou um exercício de liberdade que coloca o paciente na dimensão da singularidade. Assim, a partir das ações criadoras presentes no retorno para casa acontece o exercício da liberdade que

proporciona a construção de uma nova identidade ao paciente, ou seja, torna-se possível transformar-se e refazer o mundo (ALVIM, 2016).

### 5.3 Adesão ao Tratamento

#### 5.3.1. A mudança de hábitos: interface entre o antes e o depois da cirurgia

Apesar do diagnóstico de cardiopatia, o histórico dos pacientes antes da cirurgia cardíaca é caracterizado por um estilo de vida sem adesão às orientações médicas. No conjunto de narrativas, somente um dos participantes relata que já seguia uma rotina saudável e sem a presença de comportamentos de risco antes da cirurgia. Nesse caso, o autocuidado estava presente no cotidiano do paciente M-3 mesmo antes do adoecimento:

Por exemplo, a gente às vezes é mais novo e tem uma vida, às vezes, um pouquinho mais desregrada, e tal, e isso, aquilo e aquilo outro. (...). Se bem que eu nunca tive assim na minha vida grandes alterações, sabe, de aprontar, de fazer, de acontecer, de álcool, de fumo, de beber, de fumar, disso e aquilo (...) Eu tô com 66 anos de idade. Eu não tenho essa preocupação, eu gosto de dormir tranquilo eu gosto de fazer meus negócios (...). E isso inclusive é uma coisa que eu aprendi com o meu pai. Tudo dentro da organização, comprou, pagou, apartamento, sem problema nenhum. (M-3)

Os demais participantes ressaltam que não se preocupavam com a qualidade de vida e da saúde antes de realizar a cirurgia. Os sentidos em torno dos quais os depoimentos giram – falta de preocupação com a saúde e falta de adesão às orientações médicas - apontam para a percepção de que mesmo vivenciando o adoecimento, os pacientes tendem a manter o estilo de vida que tinham antes. Além de não acatarem as orientações médicas no período que antecede o agravamento da doença, não se atentavam para as possibilidades de acentuá-la com o próprio comportamento:

Eu achava assim: “ah, eu posso ir e não vou cansar”. Aí quando eu teimava muito eu tinha que parar, expansão ruim, já fui pra posto por causa disso, colocar oxigênio. Sabe, eu não obedecia antes não. (F-1)

O fato de eu ser um cara que nunca ligou pra nada, me levou a isso. (...). Antigamente eu levava uma vida meio sedentária e tal. (M-2)

Antes em querer abusar até de correr muito ou fazer uma caminhada até no Taquaril, no bairro Taquaril, da Sagrada Família até no Taquaril eu fazia uma caminhada ida e voltava sem parar sem descansar, dava uma voltinha por lá e já voltava até tropeçando na língua, mas eu ia e voltava sem pensar que podia acontecer alguma coisa de saúde comigo. (...). Agora... eu nunca fui de muita consciência de ter sessenta e quatro anos, eu sempre me senti muito mais jovem que sessenta e quatro anos (...). Eu ando com meus filhos no mesmo ritmo que eles que tem vinte e quatro, vinte e cinco, trinta anos eu caminho no mesmo ritmo que eles para tudo quanto é lado (...). Antes eu não tinha

regas. A regra eu mesmo tinha que colocar a minha (...). Não era assim. Era ilimitado. (M-4)

Compreende-se que até o momento em que os sintomas físicos se agravam e limitam as ações no cotidiano, os pacientes geralmente mantêm a rotina anteriormente construída. De acordo com Heidegger (1927/2002), o projeto existencial de cada ser humano no mundo é provisório e cabe a cada um o cuidado e a responsabilidade pelo seu *poder-ser*. Ainda assim, para livrar-se da angústia de *ser-para-a-morte* o ser humano pode se refugiar na impessoalidade do cotidiano, fugindo de pensar sobre a possibilidade real da morte nas atribuições da vida cotidiana até quando houver essa possibilidade.

Isso acontece através da construção de hábitos no campo pessoa-meio, em que o corpo se apresenta como objeto original sobre o qual o trabalho da cultura se desenvolve (MAUSS, 2003). Laura Perls (1992) explica que os hábitos pessoais são geralmente aceitos na sociedade e implicam a facilitação do contato. Muito frequentemente são adquiridos por introyecção, sem que a pessoa esteja ciente de seu significado e propósito (ALVIM, 2016). Dessa forma, mesmo diante do diagnóstico de cardiopatia o paciente tende a manter os hábitos introjetados ao longo da vida como forma de evitar o contato com a angústia, as limitações e a percepção de *ser-para-a-morte*.

Já o período do pós-operatório tardio, em que os pacientes retornam para casa e retomam as atividades cotidianas, é caracterizado pela necessidade de mudanças de hábitos e adaptações em relação as novas orientações dos profissionais de saúde. Apesar da cirurgia cardíaca ter tido resultados positivos, o tratamento permanece acontecendo ao longo de toda a vida da pessoa operada. Afinal, a doença, uma vez diagnosticada como crônica, implica para o seu portador um processo a ser vivido ao longo da vida (BANTIM, 2008).

No conjunto de narrativas, todos os participantes descreveram o período pós-operatório tardio através de relatos sobre o tratamento:

Mas como eu sou obediente eu não vou (faxinar a casa) ainda. (...) agora eu to obedecendo (...). O médico falou: “Oh Dona F-1. cuidado... ao ir ao banheiro”, quando eu deitar pra pegar na mão da menina, ela tinha que me ajudar pra mim não forçar muito. (...) Foi durante a internação. Eu aprendi aqui. Eu fui pra casa e ele pediu três meses. Serviço leve pode fazer. E aí eu to seguindo. (F-1)

Essa recuperação de cardio... de fisioterapia... três vezes por semana, eu tenho que sair, vim pra cá e tudo. (...). Eu trabalho dois dias da semana, os outros três eu fico por conta do coração. (...). Ééé... muda a sua postura em relação ao que você vivia e ao que você vive hoje. Hoje eu me cuido né. Influenciou 100%. 5. Então melhorou (M-2)

Daqui pra frente vai ser assim, eu vou ter que fazer... eu levo a vida normal, dentro dos parâmetros exigidos pela médica, pelo que ela me ensinou, mas sem problema nenhum. (M-3)

Eu vou ter que dosificar agora que depois da cirurgia ao que o médico permite ao que o tratamento permite. Isso que eu sinto diferente. (...). Suponhamos que o tratamento é o que está escrito aí, o que está escrito pelos médicos pelos profissionais, eu tenho que cumprir com isso. Agora eu vivo com regras (...) agora eu não coloco a minha eu coloco as dos médicos. (...). Tem essa diferença. Agora eu dependo dos médicos “pode isso ou não pode” se eu não posso ficar tomando vinho então eu não vou ficar tomando vinho. Se eu não posso ficar correndo atoa até cansar, tropeçando na língua então eu não vou fazer mais isso. Eu vou até onde o limite permite. (M-4)

Porque eu quase não bebo, não misturo remédio com bebida, porque a bebida com esse remédio não vai dar certo (risos) então eu quase não bebo. (...) M-5: “Não pode comer isso”, então eu não vou comer. “Pode só uma vez por semana, duas vezes por semana...” então eu tô fazendo assim, então eu tô controlando meu RNI, né. Aí tô vindo aqui no Borges da Costa, fazendo o controle. (...) Às vezes eu quero fazer uma coisa aí eu lembro: “ah não, não posso fazer isso”, (...) Meu comportamento para certas coisas tem que mudar, né. (M-5)

Ao longo dos discursos, pontuaram a necessidade de mudar hábitos e de se adaptarem as novas orientações médicas, assim como aos limites implicados no tratamento. Ressalta-se que essas orientações são percebidas pelos participantes numa perspectiva hierárquica. Ao descrever a nova fase, utilizam termos como “obediente”, “hoje eu tenho”, “parâmetros exigidos pela médica”, “ao que o médico permite, ao que o tratamento permite”, “controle” para relatar como tem sido a experiência de readaptação. Infere-se, portanto, que nesse período os participantes atribuem o sentido de submissão às novas regras para se perceberem cuidadosos consigo mesmos.

Dessa forma, o adoecimento crônico e os cuidados necessários após a cirurgia cardíaca podem levar a perdas, refletindo em uma crise de identidade. Ao vivenciar essas perdas, o paciente enfrenta o processo de luto, passando por várias fases, assumindo novos papéis e utilizando diversas formas de enfrentamento para suportar tantas modificações que precisa fazer em sua vida. Luto pelo corpo saudável, luto por todas as restrições e limitações impostas em termos das atividades cotidianas (BANTIM, 2008). Ou seja, acontece a constatação de se ESTAR doente mesmo após um procedimento que promove a vida e impede a finitude imediata.

Em contrapartida, a necessidade de adaptação à nova condição leva o sujeito a reelaborar, negativa ou positivamente sua vida (BANTIM, 2008). Nesse processo de readaptação, as necessidades dominantes do organismo se tornam as figuras de primeiro plano enquanto as outras necessidades recuam, pelo menos temporariamente, para o segundo plano. O primeiro plano é a necessidade que exige mais agudamente ser satisfeita, como a necessidade de autorregulação para preservar a vida (PERLS, 1973).

Assim, a vida da pessoa com cardiopatia que se submete à cirurgia cardíaca constitui-se de um constante fluxo de mortes e renascimentos, de perdas e aquisições. O entendimento e a assimilação de cada perda diária se torna oportunidade para transmutar experiências negativas em compreensão para avaliar como enfrentar a morte e conscientizar-se da finitude (BANTIM, 2008). Alvim (2014) acredita que algumas situações como a cirurgia cardíaca possuem a função de “desajustamento criador”, ou seja, a experiência de desnaturalização e estranheza acorda o corpo, gerando movimentos e ações criadoras.

### 5.3.2 Perspectivas futuras: a responsabilização da pessoa em recuperação

Em sentido semelhante, ao mesmo tempo que a proposta cirúrgica inicialmente representa ameaça para a integridade física e psicológica, assim como a possibilidade de finitude da vida (SORAGGI; CASTRO, 2020), após o procedimento também ganha o sentido de construção de perspectivas de futuro, como exemplificado nos seguintes relatos:

Mas, agora eu posso te falar que eu ainda tenho pra frente, eu não sei, que eu tenho 100%. (...) O médico disse que daqui três meses posso faxinar a minha casa. (...). Eu sei que se eu ficar quetinha meu tempo de vida vai prolongar né. (F-1)

A hora que... agora que já tá diminuindo [a frequência da fisioterapia], eu vou voltar à minha rotina. Eu vou tentar voltar ao normal. Entendeu? (M-2)

Dessa forma, mesmo vivenciando as perdas e limitações decorrentes do período pós-operatório, os pacientes parecem se adaptar ao novo momento através da crença de que ao seguir as recomendações dos profissionais de saúde terão mais tempo de vida e menos possibilidade de fazer uma nova cirurgia. Possibilitando, portanto, a construção de um novo projeto existencial. Entre os participantes, três deles apontaram a importância da autorresponsabilização para que haja a construção de novas perspectivas de vida:

(...) que eu sei que se eu ficar quetinha meu tempo de vida vai prolongar né. (...) E com muito tempo para viver. Muito tempo. (...). Eu não gostaria de operar de novo. Esse tipo não. Esse tipo de válvula eu não quero mexer não. (F-1)

Eu não quero passar o que eu passei, então eu tenho que evitar fazer o que eu fazia. (...). Eu acho que aquilo me serve de exemplo para eu mudar a minha rotina de vida. Pra não voltar a acontecer o que aconteceu. Entendeu? (...). Então aconteceu, vamos tocar pra frente. Vamos tentar não acontecer de novo. (...). Esse episódio ele me serviu de alerta. (M-2)

Eu vou ter que tomar ele [Marevan] eu não sei até quanto tempo, talvez até o resto da vida (...). Sabe quando a pessoa quer melhorar? Então eu sei que eu não vou tomar o remédio com a bebida por cima né. O meu pensamento é esse. (...). Então eu quero melhorar mais ainda do que eu tava, mais do que eu tô, né. (...). Porque eu não vou correr o risco, porque não vale a pena... (M-5)

As narrativas apontam que o pós-operatório tardio é permeado por reflexões sobre a própria vida, além de um reposicionamento por parte do paciente acerca das mudanças no ritmo e rotina de vida. As falas seguintes apontam para a importância de realizar algumas transformações, tanto no âmbito do trabalho quanto em relação aos aspectos emocionais. Percebe-se que os participantes se mostram ativos no processo de mudança e de autorregulação, como pode ser visto nos trechos a seguir:

Eu não sei ainda o que vai acontecer ainda, porque eu não posso fazer o mesmo trabalho que eu fazia antes, eu não sei o que vai acontecer ainda. Vou até conversar com o Dr. X para ver com ele com que... ele já tinha me falado que eu não vou poder fazer o mesmo trabalho, né, e lá na empresa não tem outro serviço mais leve. Entendeu? (M-5)

Eu procuro na minha vida o seguinte... tudo que é ruim eu desprezo, tudo que é bom eu levo pro resto da vida. (...) A recuperação eu levo pro resto da vida, porque... porque o que me mostrou, o que eu levo de exemplo do que eu passei eu vou levar pro resto da vida. Entendeu? (...) O fato de ter dado certo foi a coisa boa. O que que eu levo disso? Eu levo o lado bom da coisa. (...) Pra poder descobrir que existem outras coisas que a gente tem que fazer para evitar esse tipo de coisa que aconteceu comigo. O que eu levo é isso. Entendeu? (M-2)

Inclusive hoje eu to tentando sair disso (da ansiedade/pressa de fazer as coisas). (...). Eu to tentando tirar isso (M-3)

De acordo com Bantim (2008), ao mesmo tempo em que a morte suscita angústia e medo, ela exerce um grande fascínio e volúpia nas mentes humanas e, de alguma forma, a vida funciona como uma organização em que a morte seria seu fim. Assim, viver só parece ter sentido a partir do momento em que tomamos consciência da finitude das coisas humanas (BANTIM, 2008). Os participantes da pesquisa demonstram que a partir da experiência de aproximação da finitude, puderam rever aspectos da própria vida, compreender quais deles os colocavam em risco e se tornaram mais responsáveis em relação ela. De acordo com Mello e Silva (2012):

A familiaridade cotidiana do impessoal é rompida quando a angústia dá à presença a possibilidade de voltar-se a si mesma. Ocorre um afastamento do mundo cotidiano e dos entes. A presença é si-própria e por se manifestar assim, também se sente estranha e ameaçada. A angústia clama por um questionamento acerca do próprio “mundo”, da vida que se leva e da responsabilidade de cuidar dela. (p.55)

Coerente com essa perspectiva, podemos supor que a experiência de adoecer coloca a pessoa não só em contato com impedimentos e limitações da vida, mas também permite a exploração de si mesmo. E a partir dela, do contato com cristalizações e da relação pessoa-meio, surge um processo ativo e delineador de conscientização da totalidade existencial. A consciência dessa totalidade pode ser percebida pelo paciente como a abertura para novas possibilidades existenciais e a construção de um novo projeto existencial (BANTIM, 2008).

O adoecer e os acontecimentos decorrentes do adoecimento espelham uma das facetas do limiar entre a dor e a realidade da condição humana. Esse é um processo de desvelamento da angústia existencial, onde há a possibilidade da singularidade, por isso diz-se que é uma abertura privilegiada, porque é o caminho para que o ser encontre-se a si mesmo, compreendendo-se e responsabilizando-se por si, numa liberdade que é, por princípio, constitutiva da presença enquanto *ser-no-mundo* e possibilidade (HEIDEGGER, 1927/2002).

Além disso, quanto mais suporte do campo a pessoa tem, maior se torna sua capacidade criadora e singular, o que lhe permite desenvolver um estilo. Ou seja, um modo integrado de funcionamento, comportamento e expressão e uma forma única de fazer contato (ALVIM, 2016; PERLS, L., 1992). Afirmar a existência, entretanto, não é só admirar e fruir a forma vigorosa e plástica. É também enxergar a monotonia, a desarmonia da forma enrijecida. Valorizar e reconhecer a potência plástica dessa forma – a melhor forma que pode ser construída em algum momento do passado e a única que parece estar disponível agora – é que oferece o suporte para que ela possa ser assumida e vista, experimentada agora. Afirmar a existência significa também romper a monotonia da repetição neurótica, frustrando o que se repete através da afirmação daquilo que está presente na situação (ALVIM, 2016).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que as experiências dos cardiopatas no pós-operatório tardio são acompanhadas pelos significados de perdas, aproximação da finitude, necessidade de adaptação à nova rotina de autocuidado, melhora da qualidade de vida e reformulação do projeto de vida.

O histórico dos pacientes antes da cirurgia cardíaca é caracterizado por um estilo de vida sem adesão às orientações médicas. Percebe-se que até o momento em que os sintomas físicos se agravam e limitam as ações no cotidiano, os pacientes geralmente mantêm a rotina anteriormente construída de forma a livrar-se da angústia de *ser-para-a-morte*. Apesar disso, o adoecimento crônico e os cuidados necessários após a cirurgia cardíaca levam a perdas de papéis sociais, da ilusão de um corpo perfeito, de invulnerabilidade e imortalidade, refletindo em uma crise de identidade. Ao vivenciar essas perdas, o paciente enfrenta o processo de luto e constata que **ESTÁ** doente mesmo após um procedimento que promete promover a vida e impedir a finitude imediata.

Inicialmente, o retorno ao ambiente familiar desperta insegurança e sentimento de desamparo devido à perda da assistência constante da equipe de saúde. Isso acontece porque a pessoa não identifica no domicílio as mesmas possibilidades de satisfação das necessidades que estavam presentes no hospital. Percebe-se incapaz de manipular seu meio, havendo alteração no processo homeostático.

Além disso, a realidade da aproximação com a finitude permanece sendo lembrada no cotidiano do pós-operatório tardio, sobretudo quando há a constatação de que houve uma parada cardiorrespiratória durante o procedimento. A angústia em decorrência da percepção de *ser-para-a-morte* se inicia à medida que os pacientes aguardam o processo cirúrgico e entram em contato com outras histórias e vivências. Essas experiências de desnaturalização e estranheza geram movimentos e ações criadoras. Afinal, no encontro com outros corpos semelhantes e diferentes há experiência de fronteira e contato como ajustamento criador (ALVIM, 2016), havendo um reposicionamento ativo nas relações e no próprio processo de tratamento em direção à sobrevivência.

Dessa forma, a necessidade de sobreviver age como força propulsora nos cardiopatas cirúrgicos que buscam ativamente manter a homeostase a partir das relações no ambiente em que se encontram. Essas experiências de contato convidam ao resgate da dimensão do sentir e

da abertura ao engajamento na situação, com presença sensível e corporal (ALVIM, 2016; PERLS, 1973), sendo um efeito protetivo na existência desses pacientes.

Ao contrário do período que antecede a cirurgia cardíaca de troca valvar, na qual os sintomas físicos interferem significativamente na qualidade de vida e na manutenção das relações, o pós-operatório tardio envolve satisfação em decorrência da melhora dos sintomas e do retorno às atividades de vida diária. Concomitantemente a se perceberem mais saudáveis, os pacientes dotados de intencionalidade reconhecem que ainda se encontram em uma situação de cuidados constantes (MERLEAU-PONTY, 1994). Ao dar-se conta da morte do corpo saudável e de perdas de aspectos identitários, a pessoa procura meios para se autorregular, minimizar a dor e reconstituir a vida. Produzem novos sentidos em relação à existência, havendo o reconhecimento da identidade e a construção de novos propósitos de viver.

Dessa forma, mesmo vivenciando limitações decorrentes do período pós-operatório tardio, os pacientes exercem ações criadoras e se adaptam ao novo momento através da crença de que ao seguir as recomendações dos profissionais de saúde terão mais tempo de vida e menos possibilidade de fazer uma nova cirurgia. Portanto, as vivências de perdas e da perspectiva de finitude se tornam oportunidades de rever aspectos da própria vida, compreender quais deles os colocavam em risco, tornar-se mais responsável e (re) significar o sentido da existência. A partir das ações criadoras que surgem no retorno ao cotidiano fora do hospital acontece o exercício da liberdade que proporciona a construção de uma nova identidade ao paciente, ou seja, torna-se possível transformar-se e refazer o mundo (ALVIM, 2016), possibilitando a construção de um novo projeto existencial.

A Gestalt-terapia compreende os seres humanos como uma totalidade em constante processo de crescimento e desenvolvimento, considerando tanto as dificuldades e sofrimentos humanos quanto as possibilidades e potencialidades. Assim, ao estudar o processo saúde-doença no pós-operatório tardio torna-se possível identificar os desafios e as ações criadoras do paciente após a alta hospitalar. Essa abordagem contribui, portanto, para a compreensão do processo homeostático da pessoa na dinâmica de recuperação e tratamento, além da influência da relação organismo-ambiente na construção do sentido da experiência.

Tendo em vista que a experiência acontece a partir da relação da pessoa com o mundo, os psicólogos e demais profissionais de saúde que trabalham com a população estudada devem estar abertos a perceberem todos os aspectos envolvidos nessa relação, como os sociais, físicos e psíquicos. A ênfase do cuidado não se encontra no diagnóstico ou nos sintomas, mas na dinâmica que a pessoa estabelece com o adoecimento e o meio em que se encontra. Considerando-se que os profissionais de saúde e a família compõem esse meio, podem atuar

valorizando a integralidade e a responsabilização do indivíduo em relação ao próprio tratamento.

O desenvolvimento do trabalho clínico com pessoas que se submetem à cirurgia cardíaca é insuficiente quando considera somente os aspectos bioquímicos e classificatórios. Faz-se importante a compreensão da singularidade existencial de cada paciente, esclarecendo o que cada sintoma e queixa significam no contexto em que se apresenta, bem como a que propósito servem. O diagnóstico não deve ser vinculado a uma anormalidade, mas ao modo de existir da pessoa (TÁVORA, 2014).

A atitude cuidadosa e respeitosa dos profissionais permite o resgate do paciente para a autenticidade e criatividade, possibilitando o intercâmbio saudável no campo interacional. Os resultados desta pesquisa reforçam a importância da disponibilidade dos profissionais de saúde a perceberem o paciente de maneira integral e completa, ofertando melhor preparação para a alta hospitalar, incluindo a família na dinâmica de cuidado para que possam atender melhor às necessidades do paciente no domicílio, e ofertando a possibilidade do acompanhamento psicológico durante o processo de retorno ao cotidiano fora do hospital.

Considera-se importante que novos estudos investiguem as influências do processo operatório na qualidade de vida e na reformulação do projeto de vida tanto ao longo do primeiro ano após a cirurgia quanto nos próximos anos. Além disso, sugere-se considerar as repercussões da ocorrência de novas cirurgias cardíacas ao longo da vida dos cardiopatas, configurando novos planejamentos de intervenções de promoção de saúde no contexto hospitalar e na comunidade em geral.

## REFERÊNCIAS

- ALVIM, Mônica Botelho. **A poética da experiência: Gestalt-terapia, fenomenologia e arte.** Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- ALVIM, M. B. O lugar do corpo e da corporeidade na Gestalt-terapia. **In: Frazão, L. M.; ukumitsu, K. O. (Org.). Modalidades de Intervenção Clínica em Gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2016. p. 22-44.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Tendências em Psicologia Hospitalar.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- ANTONY, Sheila Maria. Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, p. 356-375, 2009.
- ARIES, Philippe. **História da morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BANTIM, V. D. A despedida da vida no processo de morte: último fenômeno da existência. **Revista IGT na Rede**, v. 5, n. 9, p. 105-113, 2008.
- BANNER, D., MIERS, M., CLARKE, B., ALBARRAN, J. Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 4, p. 919-930, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70 Ltda, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BUBER, Martin. **Eu e tu.** 8ª ed. São Paulo: Centauro, 1923, 2001.
- CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **O amor na relação terapêutica: Uma visão gestáltica.** São Paulo: Summus, 1994.
- CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **A construção do psicoterapeuta: Uma abordagem gestáltica.** São Paulo: Summus, 2002.
- CARNÉ, S. Interfaces da clínica na prática psicomotora. **In: Ferreira, C.; Thompson, R.; Mousinho, R. (Org.). Psicomotricidade clínica.** 1ª ed. São Paulo: Lovise, 2002. p.
- CARVALHO, M. M. M. J. A dor no estágio avançado das doenças. **In: Angerami, Cammon. (Org.). Atualidades em psicologia da saúde.** 1ª ed. São Paulo: Editora Thomson Learning, v.1, 2004, p. 85-102.

CASTRO, E. S. A.; SOUZA, A. M. Cuidando da pessoa com câncer: contribuições da Gestalt-terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 9, n. 16, p. 43-69, 2012.

CASTRO, D. S. P. **Existência e Saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Funções do Psicólogo Hospitalar**, 2009. Disponível em: <<http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/>>. Acesso em 17 ago. 2009.

CHIATTONE, H. B. C. A. A. Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica**. 1ª ed. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, p. 73-165.

DUTRA, C. M. P.; COELHO, M. J. O tempo de cicatrização do coração: cuidar e os cuidados do cliente para superar as dificuldades após a cirurgia cardíaca. **Enfermería global**, v. 12, p. 1-7, 2008.

ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M.; CALLEGARO, G. D.; BAGGIO, M. A.; KOERICH, C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2013.

ESTEVIÃO, A. L. P.; SILVEIRA, T. M. A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, p. 282 – 296, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 17 – 27, 2008.

FREITAS, J. L.; STROIEK, N. N.; BOTIN, D. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 16, n. 2, p. 141-147, 2010.

FREITAS, J. L. Reflexões sobre a relação psicoterapêutica: diálogos com Merleau-Ponty. **Revista da Abordagem Gestáltica [online]**, v. 15, n. 2, p. 103-107, 2009.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 16, n. 2, p. 141-147, 2009.

GALLI, L. M. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 59-71, 2009.

GARBOSSA, A., MALDANER, E., MORTARI, D. M., BIASI, J., LEGUISAMO, C. P. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 24, n. 3, p. 359-366, 2009.

GOLDSTEIN, Kurt. **The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data in man**. Nova York: Zone Books, 2000.

GORAYEB, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. In M. L. MARINHO; V. E. CABALLO (Orgs.). **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: EDUEL, 2001. p.263-278.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1927, 2002.

HYCNER, Richard. **De Pessoa a Pessoa**. São Paulo: Summus, 1995.

HYCNER, Richard.; JACOBS, Lynne. **Relação e Cura em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

KOVÁCS, M. J. Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In: KOVÁCS, M. J. (Org.) **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. P

LACERDA, M. C., CARVALHO, L. C.; RIBEIRO, J. P. Gestalt-terapia: um método de trabalho para o processo saúde-doença em oncologia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 25, n. 1, p. 41-49, 2019.

LANZONI, G. M. M. et al. Processos que influenciam a maneira de viver a revascularização miocárdica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, p. 270- 278, 2015.

MELLO, Filho.; BURD, Miriam. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

LAZZARETTI, Claire Terezinha. **Manual de psicologia hospitalar**. Curitiba: Unificado, 2007.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MELO, V. R. **O trauma psíquico no enfoque da neurociência e da gestalt-terapia**. Monografia (Conclusão de Curso em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília, Brasília. 2007.

MELLO, A. A.; SILVA, L. A estranheza do médico frente a morte: lidando com a angústia da condição humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 1, p. 52-60, 2012.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Porto Alegre, RS: Sulina, 1982, 2011.

MURRAY, Michael; CHAMBERLAIN, Kerry. **Qualitative health psychology**. London: SAGE, 1999.

NOGUEIRA, A. D.; ALMEIDA, J. L. B. B.; LIMA, D. M. A. “Quem sabe a dor da queimadura é quem está queimado”: experiências de pacientes queimados à luz da Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 15, n. 29, p. 242 – 264, 2018.

OLIVEIRA, M. F.; LEMOS DA LUZ, P. O impacto da cirurgia cardíaca. In: FILHO, J. M.; BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. Rio de Janeiro: Artmed, 2009. p. 253- 257.

PARREIRAS, P. S. A gestalt-terapia em contexto hospitalar. In: CONGRESSO MINEIRO DE GESTALT-TERAPIA: A PRÁTICA CLÍNICA NA CONTEMPORANEIDADE. **Anais...** Belo Horizonte, 2017.

PAULINI, M. M.; TAVARES, G. R. Reflexões sobre a postura fenomenológica diante do morrer. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 6, p. 92-113, 2007.

PERLS, Fritz. **Isto é gestalt**. São Paulo: Summus, 1973.

PERLS, Fritz. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: Editora JC, 1988.

PERLS, Laura. **Living at the boundary**. Nova York: The Gestalt Journal Press, 1992.

PINTO, Ênio Brito. B. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica**. São Paulo: Summus, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 1997.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Vade-Mécum de Gestalt-Terapia: conceitos básicos**. São Paulo: Summus, 2006.

RODRIGUES, Hugo Elídio. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

ROGERS, Carl. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983.

ROMANO, B. W. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: ROMANO, B. W. (Org.). **Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROMANO, Bellkiss. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSÁRIO, C. A.; ESCH, C. F. Que negócio é esse de operar? – A abordagem gestáltica e o acompanhamento psicológico para a criança em processo cirúrgico. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, p. 345-361, 2014.

SANTANA, J. J. R. A., FERNANDES, L. F. B., ZANIN, C. R., WAETEMAN, C. M., SOARES, M. Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 31-39, 2010.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. **Corpos de Passagem**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SILVEIRA, T. M. Psicologia Hospitalar: a visão de um gestalt-terapeuta. In: LADVOCAT, C. (Org.). **Psicologia: Campo de Atuação, Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Booklink, 2010. p. 393-398

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 11-23.

SORAGGI, C.; CASTRO, E. E. Experiências de Cardiopatas Submetidos à Cirurgia Cardíaca. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 26, n. 3, p. 279-291, 2020.

TÁVORA, C. B. “Self e suas funções”. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

TURATO, Egberto. Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Fortaleza: Editora Vozes, 2011.

WONTRICH, S. H., MORÉ, C. L. O. O. Rede Pessoal Significativa de Pacientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca. **Redes Pessoais de Pacientes Cirúrgicos Cardíacos**, v. 27, n. 1, p. 422-429, 2017.

WONTRICH, S. H., QUINTANA, A. M., MORÉ, C. L. O. O., OLIVEIRA, S. G. Significados da cirurgia cardíaca para pacientes submetidos ao processo cirúrgico. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 20-29, 2016.

YONTEF, Gary. **Processo, diálogo e awareness**. São Paulo: Summus, 1998.

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”**. Pedimos a sua autorização para a coleta e utilização do material das entrevistas. A utilização do seu material está vinculada somente a este projeto de pesquisa ou se Sr. (a) concordar em outros futuros. Nesta pesquisa pretendemos **INVESTIGAR ELEMENTOS QUE SE REFEREM À EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DE CARDIOPATAS QUE SE SUBMETERAM A CIRURGIA CARDÍACA**. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO COM FINALIDADE DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PERGUNTAS REFERENTES À EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA**. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **SUSCITAR MOBILIZAÇÃO EMOCIONAL NOS PARTICIPANTES**, caso isto aconteça será ofertada assistência psicológica ao participante no ambulatório de referência. A pesquisa contribuirá para **A MELHORA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CARDIOPATA QUE NECESSITA DE CIRURGIA CARDÍACA COMO TRATAMENTO**.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização do material, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir de seu material biológico, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os

dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (**ou até 10 (dez) anos**) na sala 4044 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG (FAFICH-UFMG) e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **“EXPERIÊNCIAS DE CARDIOPATAS SUBMETIDOS A CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Concordo que o meu material seja utilizado somente para esta pesquisa.

Concordo que o meu material possa ser utilizado em outras pesquisa, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.

*Rubrica do pesquisador:* \_\_\_\_\_

*Rubrica do participante:* \_\_\_\_\_

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

---

Nome completo do participante

Data

---

Assinatura do participante

**Nome completo do Pesquisador Responsável: Emma Elisa Carneiro de Castro**

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha

CEP: 31270-901/ Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 999735256

E-mail: emma.castro@terra.com.br

---

Assinatura do pesquisador responsável

Data

**Nome completo do Pesquisador: Carolina Soraggi Frez**

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - Santa Efigênia

CEP: 30130-100/ Belo Horizonte – MG

Telefones: (31) 34099000

E-mail: soraggi.carolina@gmail.com

---

Assinatura do pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG**

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.

**ANEXO B - DADOS FORNECIDOS PELO SISTEMA ELETRÔNICO**

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Idade:

Diagnóstico clínico:

Cirurgia cardíaca anterior:

Tratamento (s) realizado (s):

Tratamento (s) atual (is):

## ANEXO C – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS

### Qual é o seu estado civil?

- Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- Solteiro (a)
- Divorciado (a) / Separado (a)
- Viúvo (a)

### Até que ano da escola o (a) Sr. (a) estudou?

- Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
- Curso de alfabetização de adultos
- Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
- Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
- Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
- Curso superior
- Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor

### Qual a sua raça/cor?

- Branca
- Parda
- Negra
- Indígena

**Profissão/ocupação** \_\_\_\_\_

**O (a) senhor (a) tem alguma religião? Se sim, qual?** \_\_\_\_\_

**Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?**

\_\_\_\_\_

**Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o (a) senhor (a)?** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo você convive com a cardiopatia?** \_\_\_\_\_

**É uma cardiopatia congênita ou adquirida?** \_\_\_\_\_

**Há alguma comorbidade psiquiátrica?** \_\_\_\_\_

**Faz outras terapias, como psicologia, fisioterapia, etc?** \_\_\_\_\_

**Há quantas cirurgias cardíacas já foi submetido? Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**Já fez uso prévio de dispositivos implantados como Cardioversor Defibrilador (CDI), marcapasso ou outro?** \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. Descreva a (s) sua (s) experiência (s) de realização de cirurgia cardíaca. Como você se sente ao relatar essa (s) experiência(s)?
2. Como você sentiu que a equipe de saúde te acompanhou durante o processo de tratamento cirúrgico? E como você imaginou que seria?
3. Alguma lembrança ou sentimento em relação à (s) cirurgia (s) já se repetiu em sua mente? Se sim, com que frequência? Descreva-a.
4. A(s) cirurgia(s) influenciou em algum aspecto de sua vida? Explique.
5. A(s) cirurgia(s) influenciou na forma em que você responde ao tratamento atualmente? Explique.
6. Existe algo que não perguntei, mas acha importante mencionar?