



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM



Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira

**VIVENCIANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO
DE ENFERMAGEM**

SALVADOR - BAHIA
2006

Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira

**VIVENCIANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração: O Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa

Salvador

2006

UFBA – Biblioteca da Escola de Enfermagem

O48

Oliveira, Roseane Conceição Ribeiro de

Vivenciando o cuidado perioperatório de enfermagem.

Salvador: EEUFBA,2006.

84f.+apêndices+ anexos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA,2006.

Orientadora: Profª Drª. Darci de Oliveira Santa Rosa.

1.Enfermagem 2. Paciente cirúrgico 3. Paciente cirúrgico-
cuidado 4 .Cuidado humano I.Título

CDU:616-083

Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira

VIVENCIANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, na área de concentração: O Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 27/04/2006

BANCA EXAMINADORA

Darci de Oliveira Santa Rosa Darci de Oliveira Santa Rosa

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Zenilda Nogueira Sales Zenilda Nogueira Sales

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dora Sadigursky Dora Sadigursky

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Terezinha Teixeira Vieira Terezinha Teixeira Vieira

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICO ESTE TRABALHO DE FORMA ESPECIAL

Aos meus pais, **Maria e Aloysio** (*in memoriam*) por terem me ensinado os valores da vida e do conhecimento. Em especial a minha entusiasta, àquela a quem eu devo parte do que sou e que tem sido o meu porto seguro, me devotando amor incondicional - minha preciosa e amada mãe.

Ao meu querido **Álvaro**, pelo seu estímulo, amor, sabedoria; por estar sempre pronto para compartilhar as angústias dessa construção.

Ao meu filho **Danilo**, amor da minha vida e a quem, aos três anos, já reconhecendo o sentido da palavra trabalho, soube esperar pacientemente por momentos em família.

Aos meus maiores incentivadores, **os pacientes**, sem os quais nada seria possível.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Esse estudo tem um significado muito maior do que é possível revelar em palavras; ele significou muito mais do que o alcance dos objetivos propostos, muito mais do que a obtenção de um título e de ascensão profissional; ele me mostrou que existe muita coisa além do que é possível ser palpável ou quantificável no universo do cuidar, e é por isso que eu o compartilho com todos que, direta ou indiretamente fizeram parte da construção desse conhecimento. Meus humildes e sinceros agradecimentos.

A Deus, presença sentida, pelas nossas conversas em particular, que aconteciam inevitavelmente nos momentos mais difíceis da minha trajetória e por me mostrar um leque de possibilidades, mesmo quando as pedras pareciam intransponíveis.

À Prof^a Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa, minha querida orientadora, pelo seu estímulo, sua atenção e seu apoio científico; pela sua paciência de esperar o momento certo da minha construção e, finalmente, pela amizade e carinho.

À Prof^a. Dr^a Enêde Andrade Cruz, pelo apoio com seus conhecimentos específicos e pelos momentos de reflexão que me fizeram abstrair novos conhecimentos na área de centro cirúrgico, também pela disponibilidade de referencial teórico imprescindível à construção desse conhecimento.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da EEUFBA, que sustentam, com conhecimento, disciplina e paixão, o curso de mestrado; meus sinceros agradecimentos.

Às minhas colegas do mestrado, companheiras, amigas; pelos momentos de prazer e descontração. Com vocês os espinhos foram menos sentidos.

À minha chefe e às colegas de trabalho do Centro Cirúrgico e da disciplina em que leciono, pela disponibilidade para negociar mudanças, na hora em que o tempo foi o grande divisor de águas.

Às secretárias da Pós-graduação D. Edvaldina, minha querida Dina, e D. Alzira, por sua humanidade e presteza ao atender a todos que as procuravam.

Aos meus irmãos, ao compadre Antônio, a Sintia e às minhas inseparáveis amigas, Conceição, Lílian e Érica, pelo incentivo e compreensão nos momentos em que se precisa, mesmo, é de um ombro amigo para superar as horas difíceis, encontrar energias para continuar, vencer e ultrapassar as barreiras aparentemente intransponíveis.

Aos amigos, por ora afastados, pela compreensão, amizade e torcida a distância.

Aos pacientes, por deixarem ser vistos, muito além do que pareceu possível se enxergar.

“Para entender o *ser-doente*, é necessário colocar ante-nosotros o doente, é preciso chegar a presentificação, imaginar-se no lugar do doente, *ser-com-o-doente* ou então ser o próprio doente.” (OLIVIERI, 1985, p.37)

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo, tendo como objeto as vivências de cuidar/cuidado perioperatório de pacientes de cirurgias gerais eletivas. Objetivou compreender como os pacientes no perioperatório de cirurgias gerais eletivas vivenciam o cuidar/cuidado de enfermagem. Os sujeitos foram 12 colaboradores em 04 unidades cirúrgicas de um hospital público de Salvador-Bahia em 2005. As informações foram levantadas usando-se a técnica da história oral de vida, seguindo-se um roteiro de entrevista semi-estruturada. O processo de análise utilizado, tendo por referencial o cuidar e o cuidado de enfermagem, foi a análise temática de Minayo. Emergiram duas categorias temáticas: Vivências perioperatórias de cuidados de enfermagem por pacientes submetidos a cirurgias gerais eletivas constituída das seguintes subcategorias: a) Externando sentimentos negativos na experiência cirúrgica geral eletiva; b) Externando o cuidado sistematizado na experiência cirúrgica geral eletiva; Significados de cuidar e de cuidados de enfermagem por pacientes que vivenciaram o perioperatório de cirurgias gerais eletivas com as subcategorias: a) Cuidado é implementação de procedimentos pré-operatórios e cuidados pós-operatórios; b) O cuidar e o cuidado se estabelecem nas relações entre paciente e equipe de enfermagem; c) O cuidar e o cuidado significam comunicar-se; e d) Reconhecendo aspectos éticos do cuidar e do cuidado perioperatório. Os resultados apontam para o reconhecimento de que o processo de cuidar envolve a soma de cuidados técnicos bio-psico-afetivos. Conclui-se que, em relação à SAEP, a admissão está implantada no Centro Cirúrgico; a enfermagem está preocupada com a redefinição de seus papéis no cuidar/cuidado; os colaboradores reconhecem que há necessidade de se perceberem prioridades diante de aspectos negativos do cuidar/cuidado. Para o paciente, estar na condição de perioperatório significa vivenciar sentimentos de medo, apreensão e incertezas. Há valorização da comunicação, relação cuidativa e presença dos componentes da equipe de enfermagem nesse processo. Os princípios de responsabilidade, beneficência, não maleficência, autonomia e liberdade permeiam a vivência do cuidar/cuidado no perioperatório.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem, cuidar/cuidado, perioperatório, história oral, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

This is a qualitative study; having as object the experiences of nursing care of/being-taken care of per surgical of patients for elective general surgeries. It aimed to understand how the patients in per surgical of elective general surgeries experience the nursing work. The citizens were 12 collaborators in 04 surgical units of a public hospital in Salvador-Bahia in 2005. The information was raised by using the verbal life-history technique, following a script of semi-structured interview. The used process of analysis, having for referential nursing taking care of and the care was the thematic analysis of Minayo. Two thematic categories had emerged: Per surgical experiences of nursing care for patients submitted to the elective general surgeries - constituted of the following subcategories: a) Reporting negative feelings in the elective general surgical experience; b) Reporting the systemized care in the elective general surgical experience; The meanings of caring and nursing cares for patients who had lived the per surgical of elective general surgeries with the subcategories: a) Taking care is the implementation of pre surgical procedures and post surgical cares; b) Taking care of and caring are settled in relations between patient and nursing team; c) Taking care of and caring mean to communicate themselves; e d) Recognizing ethical aspects of taking care and per surgical caring. The results point out the recognition that the process of care-taking involves the addition of bio-psycho-affective technical cares. The conclusion is that, in relation to the SAEP, the admission is implanted in the Surgical Center; the nursing is worried about the redefinition of their roles in well care-taking/caring; the collaborators recognize that there is a need of perceiving priorities concerning the negative aspects of well care-taking and caring. For the patient, to be in per surgical condition means to live deeply feelings of fear, apprehension and uncertainties. There is a raised value for communication, care-taking relation and the presence of the members of the nursing team in this process. The principles of responsibility, beneficence, not slander, autonomy and freedom are part of the experiences of well care-taking and caring in per surgical patients

KEYWORDS: Nursing, well care-taking/ caring, per surgical, verbal life-history, qualitative research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CARACTERIZANDO O CUIDAR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM	15
3 DESCORTINANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE ENFERMAGEM	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	27
4.2 REVELANDO O MÉTODO DA HISTÓRIA ORAL	28
4.3 A ÉTICA NA PESQUISA COM SERES HUMANOS	33
4.4 O LÓCUS DO ESTUDO	34
4.5 OS SUJEITOS DO ESTUDO E OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
4.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
4.7 ANÁLISE DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
A VIVÊNCIA DO CUIDAR E DO CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE EM CIRURGIA GERAL ELETIVA	
5.1 CATEGORIA 1- VIVÊNCIAS PERIOPERATÓRIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS	44
5.1.1 Subcategoria 1- Externando sentimentos negativos na experiência cirúrgica geral eletiva	44
5.1.2 Subcategoria 2- Externando o cuidado sistematizado na experiência cirúrgica geral eletiva	48
5.2 CATEGORIA 2- SIGNIFICADOS DE CUIDAR E DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES QUE VIVENCIARAM O PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS	55
5.2.1 Subcategoria 1- Cuidado é a implementação de procedimentos pré-operatórios e cuidados pós-operatórios.	55

5.2.2 Subcategoria 2- O cuidar e o cuidado se estabelecem nas relações entre paciente e equipe de enfermagem	59
5.2.3 Subcategoria 3- O cuidar e o cuidado significam comunicar-se	66
5.2.4 Subcategoria 4- Reconhecendo aspectos éticos do cuidar e do cuidado perioperatório	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICES	85
ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

Meu envolvimento com o cuidar e o cuidado iniciou-se desde muito cedo, quando ainda, no seio familiar, já prestava cuidados aos doentes. Recordo-me com saudades dos momentos em que dispensei atenção aos cuidados da minha avó e meu pai que, enfermos, necessitavam de auxílio.

Nessa época, o cuidado domiciliar era intercalado por cuidado hospitalar; e eu, mesmo tão jovem, sem vivência e conhecimento sobre as dimensões do cuidar e do cuidado, já me inquietava com as diferenças percebidas nos cuidados efetuados nesses dois ambientes. No primeiro, assim como no segundo, realizavam-se cuidados técnicos (curativos, administração de medicamentos, auxílio na administração da dieta, dentre outros), no entanto, neste último, a aproximação dos cuidadores limitava-se à execução da prescrição médica, e ao cliente eram negadas outras formas de cuidado.

Dando um salto na minha vida, chego à universidade cheia de aspirações e com a idéia de que, na academia e nos hospitais da capital, a forma de desenvolver o cuidado era diferente.

Na escola onde estudei, e isso não faz tanto tempo assim, ainda encontrei professoras que “guardavam muito respeito às prescrições médicas”, relegando menor valor a outras maneiras de cuidar e de cuidado. Hoje, por vezes, me sinto chocada por perceber que, após inúmeros estudos científicos e repercussões na mídia sobre o cuidar e o cuidado, ainda vejo perpetuando-se um cuidado tecnificado, fragmentado, com ênfase no modelo biologicista.

Ao finalizar o meu curso de graduação, a minha última experiência de cuidar e de cuidado aconteceu numa unidade pediátrica de um hospital geral de grande porte onde eram assistidas crianças de diversas faixas etárias e com os mais diversos problemas de saúde. O inusitado, quando dessa experiência, é que eu pude evidenciar, no período da visita de enfermagem, o cuidado afetivo e físico que o pai dispensava a seus filhos. Naquele instante, surgiu a idéia de desenvolver a minha monografia de conclusão de curso, estudando esses pais cuidadores. O resultado deste estudo, para mim, foi fantástico. Com ele, pude compreender que tanto os homens quanto as mulheres cuidam dos filhos fisicamente e se sentem comprometidos afetivamente com estes. Assim, e a partir, dessa pesquisa, foi possível compreender que o cuidar e o cuidado podem ser desenvolvidos em qualquer ambiente e em quaisquer circunstâncias, desde que haja uma pessoa que necessite de cuidado e, uma outra, comprometida com o cuidado.

Ainda nessa experiência, como bolsista de um hospital de médio porte, eu tive a oportunidade de atuar no cuidado de clientes na condição de perioperatório, de onde surgiu o interesse no direcionamento da minha vida profissional para cuidar destes clientes.

Ao final do curso de graduação, concentrei meus investimentos no Curso de Especialização em Enfermagem sob forma de Residência em Bloco Cirúrgico e Central de Material Esterilizado, quando pude ampliar meus conhecimentos sobre o cuidar e o cuidado a esses clientes, bem como entender as necessidades expressas por estes no momento ímpar de suas vidas.

Durante esse curso, eu me deparei com uma realidade de cuidar ainda mais desastrosa, pois pude observar que colegas da equipe de enfermagem cuidavam dos clientes como “passageiros temporários” e, por isso, os cuidados que eram dispensados aos mesmos pareciam ter menos importância ou não serem necessários. O fato de serem internados de forma “breve”, para o procedimento cirúrgico, parecia desencadear um sentimento de necessidade de “menos” cuidado. Essa situação fomentou discussões durante as aulas do curso de especialização e até os dias atuais me traz inquietações.

No momento em que concluía a especialização, fui admitida como docente substituta na disciplina Enfermagem em Bloco Cirúrgico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e, pouco tempo depois, convocada para atuar no Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), em virtude de ter sido aprovada em Concurso Público, para o cargo de enfermeira.

Durante esta minha trajetória, no desenvolvimento de atividades junto aos alunos ou como enfermeira lotada na Unidade de Centro Cirúrgico, realizei visitas pré-operatórias de enfermagem a clientes, quando pude vivenciar e compreender, com mais clareza, através desses encontros, as necessidades expressas por eles.

Essas necessidades iam além do cuidado com o corpo físico; pareciam transcender a uma outra dimensão do cuidado, talvez, ainda pouco valorizada pela maioria de nós, enfermeiras(os) da área. Seus olhares e gestos buscavam respostas e, por vezes, vinham à tona questionamentos sobre o prognóstico pós-cirúrgico e os riscos do processo anestésico-cirúrgico sobre os quais não tinham conhecimento.

Dando continuidade à minha formação acadêmica, fui admitida no curso de mestrado, na área do cuidar em enfermagem, o que oportunizou, sob orientação de docentes, discussões em grupo sobre a realidade do cuidar e do cuidado desenvolvida nas diversas instituições e as que vêm sendo discutidas nas literaturas específicas sobre o cuidar e o cuidado.

Passei a refletir sobre a maneira de cuidar desenvolvida por mim e por minhas colegas de profissão. A sensação que me causou foi de um cuidar e de um cuidado com ênfase nos procedimentos técnicos, numa tarefa a realizar com vistas ao cumprimento de etapas de um cuidado prestado de maneira fragmentada, que se propunha, única e exclusivamente, a atender ao objetivo do modelo biomédico de curar, relegando a segundo plano o cuidado humano que, a meu ver, deixava lacunas na complexa atenção de enfermagem, necessária ao cliente em situação de perioperatório.

Observo hoje uma crescente discussão sobre o sentido do “cuidar” considerado objeto da prática dos profissionais de enfermagem. Desta forma, estudos sobre o cuidar e os cuidados no perioperatório de clientes têm possibilitado à equipe de enfermagem um aprofundamento sobre as questões relativas às formas de abordagem e do inter-relacionamento com o cliente. Atentando para o cuidar e o cuidado, cuja condição não se restringe apenas ao preparo físico do paciente para a realização do ato cirúrgico ou o acompanhamento do mesmo após este procedimento, há uma busca para a compreensão de outras dimensões da pessoa humana.

Nesse sentido, é necessário que a(o) enfermeira(o) e sua equipe desenvolvam competências específicas para cuidar desse indivíduo de modo humanizado, o que requer sensibilidade suficiente para atender ao cliente cirúrgico nos aspectos biológico, psicológico, sociocultural e espiritual, com toda a multiplicidade que envolve as dimensões desse *ser* e de sua experiência nesse momento específico de sua existência.

Foi pensando assim que estabeleci como questão orientadora deste estudo: **Como os pacientes em condição de perioperatório de cirurgias gerais eletivas vivenciam o cuidar e o cuidado de enfermagem?** O objeto de estudo revela minha preocupação com as vivências do cuidado perioperatório de enfermagem na perspectiva dos clientes submetidos a cirurgias gerais eletivas.

Para tanto, esta investigação tem como objetivo: **Compreender como os pacientes no perioperatório de cirurgias gerais eletivas vivenciam o cuidar e o cuidado de enfermagem.**

O contexto desta investigação foi representado por 04 unidades cirúrgicas de um hospital público da cidade do Salvador-Ba no ano de 2005.

Por compreender a complexidade de um estudo dessa natureza, fez-se necessário uma abordagem sobre o cuidar e o cuidado perioperatório de enfermagem, buscando analisar esse fenômeno na oralidade dos sujeitos envolvidos nesse processo e na expressão do vivido em sua experiência cirúrgica.

Quando comecei a elaborar o projeto de pesquisa, não tinha a real dimensão da contribuição deste estudo para o “campo da saúde”. Falo desta forma, agora abrangente, porque percebo, hoje, e com mais clareza, que as discussões sobre o cuidar de clientes em condição de perioperatório não se limitam e não devem ser limitadas a uma só disciplina.

Penso que o conteúdo dos discursos pode possibilitar o olhar de outros pesquisadores para o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos que enfrentam a condição de perioperatório e, por conseguinte, guiar o cuidado de enfermagem.

Acredito que os resultados desta investigação fomentarão discussões acerca da temática do cuidado de enfermagem no contexto perioperatório, fazendo com que os profissionais repensem a forma como têm desenvolvido sua prática e a construção de novas maneiras de cuidar e de cuidado. Espero que seja possível trilhar novos caminhos na busca de um cuidado humanizado, centrado nas especificidades de cada cliente.

2 CARACTERIZANDO O CUIDAR E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Trazendo uma breve retrospectiva sobre o cuidado, como referencial de apoio deste estudo, busquei alguns autores, como Waldow (1998) que afirma ser o cuidado o fenômeno que resulta do processo de cuidar e que este é uma ação que conota o senso de responsabilidade, atenção e zelo. O cuidar para essa autora significa: comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer (WALDOW, 1998, p.127).

Para Souza (2001), o cuidar humano se concretiza nas formas de interagir e de cuidar e estas se mostram através do interesse pelo outro e pelo seu bem-estar, com afeto, desvelo e empatia, dentre outras. O cuidado, nesse sentido, transcende o resumo ou a soma dessas formas ou manifestações, sendo, portanto, o conjunto harmônico e interdependente, uma expressão significativa da essência humana. Para a autora, “a pessoa que cuida deve ser uma presença a mais autêntica possível, para perceber o outro, para ouvi-lo, respeitá-lo e, assim, poder ajuda-lo em sua auto-realização”. (p. 30).

A orientação filosófica sobre o cuidar, discutida por Heidegger (apud WALDOW, 2004), é que o cuidar é a própria essência do ser humano e que este existe e se desenvolve no mundo através do cuidado. Ele inclui, na sua dimensão ontológica, um modo-de-ser; sem o qual, deixa-se de ser humano. Este autor coloca em foco, para reflexão, o cuidado autêntico, como a dimensão que considera esse cuidado como ajudar o outro a ir além. O outro é ajudado a cuidar do próprio *ser*. É um processo que requer do cuidador o desenvolvimento de habilidades para ajudá-lo a crescer, se realizar, valorizando a sua experiência, respeitando suas idéias e sua independência.

Refletindo sobre essa dimensão e tentando fazer uma aproximação com a prática profissional da enfermagem durante a fase perioperatória, penso que, na maioria das vezes, o que é traduzido como cuidado autêntico é, em verdade, um equívoco. O fato que caracteriza esta constatação é a transferência de cuidados de enfermagem para os clientes e familiares sem uma avaliação prévia das condições dessa clientela, para seu autocuidado, somando-se a isto, a falta de orientação para o mesmo. O que parece identificar, em última análise, essa atitude é o uso do poder daquele que se acha detentor do saber profissional e a manutenção da dependência dos clientes a esses profissionais, o que, de outro ponto de vista, pode significar

a exclusão da autonomia do cliente para decidir se ele pode realizar sozinho seu cuidado ou se precisa e quer que alguém o ajude ou realize aquele cuidado no seu lugar.

Trago como exemplo um cuidado técnico, aparentemente simples - a tricotomia dos clientes em pré-operatório que, por vezes, o profissional, utilizando-se de desculpas como não invadir a privacidade ou possibilitar o autocuidado desse cliente, delega-lhe esse procedimento de enfermagem, não observando o nível de conhecimento e habilidade para tal. A consequência do evento é fisicamente percebida, principalmente entre os homens, quando são admitidos no centro cirúrgico com lesões na pele originárias desse procedimento delegado. Nesse contexto, pergunto se os profissionais de enfermagem conhecem ou compreendem as verdadeiras dimensões do cuidar e do cuidado perioperatório?¹

Mesmo diante da evolução nas ciências da saúde e das mudanças na forma de cuidar e das bases conceituais da enfermagem, o que se percebe, nos dias atuais, é uma relação enfermeiro-paciente ainda comprometida com a patologia e a cura, o que reduz a visão de homem a um limitado domínio técnico, fragmentado e distante de sua totalidade. Esse modelo biológico já não consegue responder às questões subjetivas da existência desse *ser* que, invariavelmente, permeia o processo de adoecimento e cura do indivíduo.

O cuidado entendido como a mais antiga prática na história do mundo é marcado por versões que ora se aproximam e ora se afastam do real sentido do cuidar e do cuidado humano e o despertar de muitos profissionais para esse cuidado não tem sido uma tarefa fácil. O entendimento e a consolidação dos elementos essenciais que compõem a “teia” do cuidar/cuidado tem sido uma busca incessante na área do cuidar e é sobre esse cuidado e suas formas que tecerei algumas considerações.

O cuidado, hoje melhor estudado pela ciência, e ao qual fui apresentada por autores como Paterson e Zderad (1979), Watson (1985), Collière (1989), Boff (1999) e Waldow (1998, 2004), é identificado como de natureza indiferenciada e da essência do ser humano, está presente em tudo que fazemos, não se inscreve nem segue a uma lógica de cuidado institucionalizado, mecanicista e fragmentado. Portanto, compreender a natureza do cuidado humano garante identificar os fundamentos do cuidar do outro e os elementos que participam da sua elaboração.

Assim, entendo por cuidado humano aquele que é considerado por Waldow e que

¹ Cuidado perioperatório é definido como cuidado de enfermagem que é prestado aos pacientes durante os períodos de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

[...] consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É o compromisso do estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida. (WALDOW, 2004, p.116).

Desse modo, o cuidar/cuidado permite considerá-lo transcendente sobre uma prática de enfermagem reproduzida no cotidiano das relações e cuja filosofia insiste em se aproximar muito mais do compromisso terapêutico, afastando-se do cuidado humano e profissional. Hoje, já não se admite mais uma composição do cuidar determinista como as referenciadas nos dicionários que o descrevem como tratar, fazer os preparativos; ter-se por, julgar-se, considerar-se, prevenir-se, acautelar-se, ter cuidado consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação. (FERREIRA, 1999).

O cuidar e o cuidado que se apresentam na atualidade é como um conjunto variado e infinito de atividades que têm como premissa básica manter, sustentar a vida e permitir a ela reproduzir-se e continuar. O ato de cuidar é visto como individual, pode ser prestado a nós ou por nós, a qualquer pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de auxílio para assumir as suas necessidades humanas básicas.(COLLIÈRE, 1989).

Revela, ainda, a autora que o cuidar e o cuidado são marcados por dois sentidos distintos, cujas diferenças se encontram em suas naturezas; o primeiro sentido, é o de cuidar para manter o que é necessário na vida cotidiana e o segundo se concentra na restauração da saúde, envolvendo aspectos da doença. Os hábitos de vida, crenças e valores aparecem como fundamentos do cuidado para aqueles que atuam nesse processo.

O cuidar pode ainda ser visto como algo que transcende o ato ou a atitude. Segundo Boff (1999), Heidegger, em sua famosa obra *Ser e Tempo*, já chamava a atenção para o fato de que o cuidado está presente na raiz primeira do ser humano, antes mesmo que ele pratique qualquer ato. "E, se fizer, ela (atitude) sempre vem acompanhada de cuidado e imbuída de cuidado". (p. 34). Desse modo, o cuidado é intrínseco à natureza humana e, portanto, é elemento de constituição do ser humano. Então, este passa a ser considerado um *ser* de cuidado, que tem a origem da sua essência no cuidado.

Sendo assim, o cuidado, como um fenômeno ontológico – existencial básico, faz parte da essência e da existência humana e, como tal, não pode ser compreendido em separado.

Portanto, pensar no cuidado aos pacientes em perioperatório como um ato exclusivamente técnico seria o mesmo que desprezar a concepção sobre a natureza do cuidado que atribui duas significações básicas e interligadas ao ato de cuidar: a primeira que se reveste

da "atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro" [...]; a segunda de "preocupação e inquietude, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e, afetivamente, ligada ao outro".(BOFF, 2001, p. 91, 92). Nesse sentido, cuidar é uma atitude essencial ao ser humano que, independentemente do estado patológico, se revela em uma ação para si ou para o outro e não essencialmente terapêutica a que me referi anteriormente.

Waldow (2001), comentando sobre estudos desenvolvidos por Watson (1988) e Leninger (1991), que revelaram o significado do cuidar em diversas culturas, como um processo interativo que "envolve experiência de vida e de morte e estas não podem ser medidas, rotuladas ou generalizadas. Clientes reagem como um todo e cuidadores necessitam, além de habilidade técnica, de conhecimentos, intuição e muita sensibilidade" (p. 285).

Neste instante, recordo-me de frases, cujos ouvidos, habituaram-se a escutar durante minha trajetória de vida, quando se dizia, por exemplo, "todos nós cuidamos", cuidamos da casa, do filho, do cachorro, das plantas. Essa atitude de cuidado, se pensada como atitude de cuidado material, como nos fala Boff (1999), é um cuidado que evoca a unilateralidade em que os personagens se limitam a uma relação sujeito-objeto, sendo o primeiro o doador de cuidado e o segundo, o mero expectador/receptor desse cuidado.

Nesta perspectiva, a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979) dá ênfase à relação entre enfermeiro e cliente como participantes ativos no processo de cuidado, em que ambos interagem, numa relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.

Sobre isto, Waldow (2004, p.189) nos fala que "o processo de cuidar não pode ocorrer isoladamente; trata-se de uma ação e de um processo interativo entre o ser que cuida *para e com* o ser que é ou será cuidado, caso contrário, o cuidado não ocorre."

Acredito que o cuidar e o cuidado de um cliente na condição de perioperatório parece exigir dos cuidadores o entendimento de como o *ser* doente ou na ameaça de *ser/estar* doente vivencia essa etapa da sua vida. Inicialmente, partindo do entendimento de que a doença é uma resposta à agressão ao organismo, a um comprometimento, desequilíbrio ou uma desarmonia no contexto psico-socio-cultural-espiritual, não é difícil imaginar que essa situação desencadeie e faça exteriorizar sentimentos e inquietações, que precisam, também, ser compreendidas e valorizadas pelos cuidadores.

Waldow (2004) traduz, excepcionalmente, esse *ser* doente/paciente/ser cuidado e o significado desta condição. "O ser ou estar doente faz com que o *ser* se defronte com o não ser, o vir a ser nada, o morrer. É um voltar-se para si mesmo". (p. 160). Pensando no que diz a referida autora e, recordando-me da minha vivência como enfermeira, que atua no perioperatório, percebo este *ser* cuidado entre dois pólos extremos: no primeiro, um *ser* que se

familiariza com a doença aceitando-a, conformando-se com ela e vivendo com as limitações impostas pela mesma; e no segundo, visualizo um *ser* capaz de rebelar-se, tornar-se agressivo, solitário porque tem medo do que já está determinado e que tem um medo maior, gerado pela incerteza do tipo de ameaça ou perigo que sofre e do quanto se sente impotente para combatê-los. Somada a essa rede de conflitos internos, a desinformação é crucialmente devastadora, gera dúvidas, medo e insegurança que acionam a imaginação e a fantasia e os deixam alertas para o que é possível e o que é impossível.

A doença tumultua a vida; compromete os planos; adia expectativas, confunde a suas prioridades e, finalmente, compromete a sua relação com os outros. Cumpre mencionar aqui que nesta condição, “ocorre um voltar-se para si”. O paciente lança um olhar sobre o que é, o que foi e o que pode vir a ser. Há uma certa necessidade e urgência de se reorganizar o tempo, de se concluir o que não foi terminado, de fazer algo”. (WALDOW, 2004, p.163).

O cliente, na iminência de submeter-se a um procedimento cirúrgico, por mais simples que seja, ou lhe pareça, encontra-se num momento ímpar de redefinição de seus valores, de suas prioridades. Nesse momento, ele reavalia sua existência na medida em que busca uma motivação maior para sua vida.

Pensando nestas considerações, percebo que, para entender o processo de cuidar do *ser* humano, é imprescindível respeitar os significados subjetivos que contribuem para o entendimento do processo saúde-doença em condição de perioperatório, respeitando-se a individualidade, os desejos e a cultura dos grupos sociais comprometidos com esse processo. Faz-se necessário compreender que as formas de participação e colaboração necessárias ao bom atendimento e a recuperação dos desequilíbrios determinados por esta condição dos indivíduos, dependem desse compromisso e do envolvimento que é dado aos significados do processo de cuidar/cuidado, por parte dos profissionais de saúde, dos familiares, e do sentido que os indivíduos atribuem às suas próprias vidas. Isto significa dizer que não basta o esforço isolado do cliente, do familiar, cuidando e apoiando-o na recuperação, mas, muito mais do que isso é preciso o compromisso efetivo do cuidador com o cuidar e o cuidado do cliente no caso especial do cliente cirúrgico. Este dado revela as implicações e envolvimento dos profissionais com o ser doente e a consciência sobre o que é preciso mudar na prática da enfermagem para alcançar esta meta.

Emerge, ao meu olhar, que é preciso estar concentrado na subjetividade dos sujeitos envolvidos e que isso demanda uma preparação da equipe de enfermagem com o fim de ajudar o paciente a encontrar significado para as situações de sofrimento, medo e mudança de

vida futura, possibilidades que poderão se apresentar na dependência do tipo e da dimensão da cirurgia a ser realizada ou da condição que está enfrentando.

3 DESCORTINANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE ENFERMAGEM

Para descortinar o cuidado que pretendo contextualizar, trago algumas considerações de autores que exploram esta temática.

A realização de um procedimento cirúrgico, somado ao processo de hospitalização, envolve uma série de mudanças que afetam externa e internamente o modo de vida dos indivíduos envolvidos nesse contexto. Independente do modo como os mesmos enfrentem essa condição, torna-se indispensável um cuidado de enfermagem que considere as especificidades da experiência cirúrgica.

De acordo com Mendelssonh e Barbosa (1992), o ato cirúrgico envolve uma gama de distúrbios fisiológicos e patológicos que geram prejuízos reais e perigos como: risco de vida, ameaça de invalidez, perda de órgãos ou de partes e de funções do corpo, assim como despesas médico-hospitalares, prejuízos econômicos pela inatividade e postergação de planos e decisões importantes, além dos aspectos subjetivos, como o sofrimento em si, a dor e o medo da morte.

Acresce-se a isso, por si só, o trauma cirúrgico, a insegurança e ansiedade frente à expectativa quanto à capacidade técnica da equipe cirúrgica e a qualidade da assistência hospitalar e o prognóstico cirúrgico. Relaciono, ainda, a estes aspectos, a ineficiência de um processo de comunicação efetivo em que profissional e cliente possam trabalhar mutuamente em prol da melhora do estado de saúde deste último e a atitude de desconsideração que existe, por parte de alguns elementos da equipe de saúde, que não explicam adequadamente quando, onde e porque ocorre e para que será realizado tal procedimento.

Admitindo a existência desses aspectos que permeiam o processo de cuidar e as necessidades expressas pelos clientes cirúrgicos já evidenciadas por autoras como Jouclas e Gato (1986), Avelar (1995), Souza (1997), dentre outros; acredito que a assistência prestada pela equipe de enfermagem, tendo a(o) enfermeira(o) como eixo sustentador do saber e dessa prática, deve ser construída e guiada considerando as especificidades do cuidar e do cuidado do paciente em condição de perioperatório.

Nesse sentido, resgato algumas considerações feitas por Paschoal e Rogenshi (2001) que referem sobre a atuação do enfermeiro na assistência perioperatória na década de 1960, caracterizada por uma prática, predominantemente instrumental, sendo as ações de enfermagem limitadas às solicitações da equipe médica e às ações básicas para o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico, relegando a segundo plano a assistência direta

ao paciente. Essa realidade vem-se modificando e, atualmente tem-se assumido uma prática “voltada para o alcance da qualidade global, com preocupação dos enfermeiros em oferecer aos clientes cirúrgicos uma assistência especializada, personalizada e humanizada”. (p. 201).

Corroborando com esses autores Leino-Kilpi e Vuorenheimo (1993 apud LEITE, 2002) afirmam que o papel dos enfermeiros perioperatórios tem sofrido transformações, principalmente, no campo científico, pela expansão do conhecimento específico da área. Estas transformações segundo as autoras refletem os avanços tecnológicos e as demandas crescentes dos clientes por informações e pelo crescimento das pesquisas em enfermagem. Sobre este prisma, o atendimento com qualidade aparece como uma conquista dos cliente e uma meta almejada pelos profissionais de enfermagem e pelas instituições que fornecem serviços de saúde.

Para compreendermos o que defino como período perioperatório, faz-se necessário caracterizá-lo. Esse período contempla três momentos distintos de cuidado que são, essencialmente, interdependentes. O primeiro, definido como pré-operatório imediato, contempla as vinte e quatro horas que antecedem a transferência do paciente de sua unidade de origem ao centro cirúrgico; a etapa intermediária ou transoperatório compreende desde o momento que o cliente é recebido no centro cirúrgico, incluindo a fase cirúrgica propriamente dita, em sala de operação, essa identificada como intraoperatório, e termina com o fim da cirurgia e o encaminhamento do cliente para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Por fim, o período pós-operatório imediato, inicia-se com a admissão do paciente na SRPA e dura as vinte quatro horas que se seguem ao final da cirurgia (BRASIL, 2001).

Pelo entendimento dessas três fases, é possível perceber que o processo de cuidar e do cuidado do cliente cirúrgico não se restringe apenas ao domínio físico do centro cirúrgico, não sendo, portanto, exclusivos da equipe de enfermagem que atua nessa unidade. Dessa forma, penso que, no processo de cuidar e de cuidado do cliente cirúrgico, há o envolvimento de responsabilidades comuns a todo profissional de enfermagem que atua nesse processo, em qualquer área onde estas ações estejam sendo desenvolvidas.

Refletindo sobre essa afirmativa e concordando com Ladden (1997), saliento que a enfermagem perioperatória é desenvolvida de forma ampliada quando intermediada pela estrutura do processo de cuidado. Tal estrutura permite às (aos) enfermeiras(os) que assistem ao paciente em perioperatório assegurar-lhe cuidados de *enfermagem* profissional com uma base científica e humana que contemplem todas as dimensões do cuidar do *ser*. Assim, o cuidar e o cuidado de enfermagem ao cliente cirúrgico é caracterizado pelos mesmos elementos que constituem a essência do cuidado humano.

A enfermagem perioperatória tem uma imagem que vem-se firmando ao longo do tempo e, nos dias atuais, tem trilhado caminhos de uma prática especializada voltada para o cuidado. Nesse sentido, (o)s enfermeira(o)s perioperatória(o)s já admitem um cuidado perioperatório especializado que encerre no seu principal objetivo o desenvolvimento de um cuidado ampliado e centrado nas especificidades de cada cliente cirúrgico. A prática da enfermagem perioperatória passa a ser parte de um cuidado especializado que vem sendo reconhecida e respeitada por outras profissões.

O termo enfermagem perioperatória é utilizado para descrever a essência do cuidado aos clientes em condição de perioperatório. Emergiu no ano de 1978, ocasionado pela preocupação constante das enfermeiras americanas sobre a qualidade da assistência prestada aos clientes cirúrgicos, definida pela Association of Operating Room Nurses (AORN), cujos objetivos, em linhas gerais, foram a unificação de enfermeiros perioperatórios, o estabelecimento de padrões de cuidado nos períodos pré-operatório; transoperatório, este englobando o momento anestésico-cirúrgico e, por fim, sua recuperação pós-operatória. (LEITE, 2002).

Dessa época até os dias atuais, muitos ganhos têm sido constatados no que se refere à qualidade da assistência na área do cuidado de enfermagem, a clientes em perioperatório. Como exemplo disso, pode-se referenciar a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) que foi concebida como uma metodologia utilizada para possibilitar à(ao) enfermeira(o) de Centro Cirúrgico alcançar suas metas dentro de sua área de atuação profissional. De acordo com Brigitta et al (1986, p.8), a SAEP “está baseada em uma filosofia que representa a operacionalização de conceitos de assistência de enfermagem integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada”, compreendendo cinco fases interligadas.

A primeira fase, definida como *Avaliação pré-operatória*, é realizada a partir de dados capturados durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem, pela consulta à ficha pré-operatória de enfermagem, dos registros em prontuário e por meio da(o) enfermeira(o) da Unidade Cirúrgica de internação; a segunda é a *Identificação dos problemas* - realiza-se através da listagem dos problemas que deverão ser assistidos pelos profissionais no período transoperatório; a terceira que se caracteriza pelo *Planejamento da assistência de enfermagem* - elaborado com o objetivo de determinar quais intervenções/ações devem ser implementadas, considerando, nesse tempo, suas prioridades, como efetuar-las, a quem compete desempenhá-las e, por fim, quando serão realizadas; a quarta, que se concretiza com a *Implementação da assistência de enfermagem* - efetuada a partir das ações de enfermagem: fazer, ajudar,

orientar, supervisionar e encaminhar durante o período transoperatório; e por fim a *Avaliação pós-operatória* - desenvolvida por meio dos dados obtidos durante a realização da visita pós-operatória, efetuada tão logo os clientes tenham condições de participação mais efetiva. (BRIGITTA et al, 1986).

A SAEP tem como um de seus mais importantes instrumentos de cuidado a visita pré-operatória, cujo objetivo, dentre outros, é promover uma interação entre o enfermeiro do centro cirúrgico e o cliente. O estudo realizado por Bianchi e Castellanos (1983), em relação aos benefícios da visita pré-operatória de enfermagem, concluiu que a visita é uma ferramenta eficaz, que: potencializa o cuidado de enfermagem na sala de cirurgia e na SRPA; pode ser útil na promoção do cuidado individualizado, na obtenção de dados sobre a personalidade e as características físicas e emocionais do cliente; melhora a participação deste na recuperação pós-cirúrgica, podendo, também, ser conduzida de tal forma que minimize tensão e ansiedade e promova uma recuperação mais rápida.

Ladden (1997), reafirma a idéia da SAEP de que o cuidar/cuidado de enfermagem deve cumprir as fases do processo de enfermagem e para tal a enfermeira perioperatória:

Engaja-se na elaboração do histórico de enfermagem do paciente; coleta, organiza e prioriza os dados do paciente; estabelece o diagnóstico de enfermagem; identifica os resultados desejados pelo paciente; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem e avalia aqueles cuidados em termos dos resultados alcançados pelo paciente. (p.3).

Em suma, a participação efetiva da equipe de enfermagem no período perioperatório tem como objetivos:

Aumentar a confiança e a auto-estima do paciente; orientar o paciente e família; estabelecer uma interação com o paciente, respeitando seus direitos; reduzir o nível de ansiedade; garantir segurança; controlar ambiente e assepsia; monitorizar a condição fisiológica e patológica; diminuir a mortalidade e morbidade; realizar atividades conjuntas com a equipe multiprofissional. (AORN, 1995 APUD PASCHOAL; ROGENSHI, 2001, p. 2003).

Diante do exposto, pode-se entender que a assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico se concretiza numa rede de ações/cuidados interdependentes que só se efetiva quando os profissionais têm clareza de sua participação no desenvolvimento desse cuidado. Partindo, ainda, da constatação de que a efetivação das cinco fases da SAEP está na

dependência de uma equipe multiprofissional, se consideramos etapas como a consulta a registros em prontuários, consulta a profissionais enfermeira(o)s das unidades clínico-cirúrgicos, reafirmo que o cuidado aos clientes cirúrgicos não se restringem aos domínios das(os) enfermeira(o)s perioperatórias(os) ou daquelas(es) que exercem suas atividades no ambiente do centro cirúrgico. Assim, a assistência ao cliente cirúrgico deve ser pensada de forma ampliada e todo e qualquer profissional de enfermagem é responsável pelo cuidado aos clientes cirúrgicos e, portanto, deve compreender as dimensões desse cuidado e desenvolvê-lo apoiado no processo de enfermagem.

Gostaria de esclarecer que, quando afirmo que o cuidado ao cliente em condição de perioperatório não se restringe às profissionais perioperatórias o faço com clareza de que nem todas as instituições de saúde contam com o apoio técnico e científico desses profissionais que operacionalizam o cuidado de forma ampliada, considerando as especificidades da condição perioperatória. Desta forma, na ausência dos mesmos, outros profissionais de enfermagem devem desenvolver competências para assumir o compromisso com o cuidado desses clientes em momento tão específico de suas vidas.

Ladden (1997) destaca, ainda, que independentemente da forma como a enfermagem é operacionalizada nos serviços que prestam assistência à saúde, ela deve-se apoiar no processo de enfermagem e a todas as atividades assistenciais inerentes a esse processo. Pensando assim, é possível afirmar que todo e qualquer cliente admitido para submeter-se a procedimento cirúrgico deve ser considerado em todas as dimensões que representam o constructo desse cuidar/cuidado.

Sobre isto, Castellanos e Jouclas (1990) afirmam:

A assistência de enfermagem sistematizada é de relevante importância no período perioperatório quando propõe a aplicação do processo de enfermagem na assistência ao paciente na fase transoperatória tanto no que se refere ao preparo físico do paciente para o ato anestésico-cirúrgico, como também com o intuito de prepará-lo emocionalmente para enfrentar esta agressão.” (p. 360).

Estas autoras consideram que, para a efetivação dessa assistência, faz-se imprescindível, ao enfermeiro de centro-cirúrgico, considerar dois elementos básicos da enfermagem: o modelo conceitual de enfermagem, adotado, e a determinação da competência desse enfermeiro. Acredito que as considerações feitas pelas autoras possam ser estendidas

para todos os enfermeiros cuja missão, independente de ser ou não lotado no centro-cirúrgico, é cuidar dos clientes em condição de perioperatório.

Nesse contexto, penso que o cuidado ao cliente cirúrgico, sendo efetivado por enfermeiras(os) perioperatórias(os) ou por aquelas(es) que atuam nas unidades de internação cirúrgicas, assim como pelas demais categorias de enfermagem, devem incorporar elementos da prática de cuidado que qualificam o profissional de enfermagem desta especialidade. Considero que o cuidado, mesmo guiado pelo processo de enfermagem, não se circunscreve de forma estanque em suas etapas; o cuidado é um ir e vir dentro da relação que se estabelece entre o cuidador e o *ser* cuidado. Garcia et al (1995) afirmam, por exemplo, que alguns requisitos devem ser considerados quando da elaboração de diagnósticos e prescrições de enfermagem, dentre eles estão as diferenças individuais, sociais e culturais dos clientes aos quais são dirigidos os cuidados e a quem se pretende atingir.

Souza (1997) expressa, através de sua dissertação de mestrado intitulada “Diagnósticos de Enfermagem em Clientes Vivenciando Estressores Pré-Cirúrgicos”, sua preocupação com o cuidado a esses clientes em perioperatório. Farias (1981, apud SOUZA, 1997), caracteriza o ato cirúrgico como um evento que envolve uma série de estressores por acarretar situações de altas tensões advindas dessa condição, apontados como: a hospitalização, o período pré-cirúrgico e o trauma cirúrgico em si.

Durante sua investigação e utilizando como referencial os diagnósticos de enfermagem da taxionomia I da NANDA, ela pôde, a partir dos dados obtidos com a amostra pesquisada, traduzir os fenômenos manifestos nos clientes em 14 (quatorze) Diagnósticos de Enfermagem sobre os estressores pré-cirúrgicos. Esses diagnósticos, portanto, são passíveis de intervenções, de forma autônoma e independente, pela equipe de enfermagem.

Dentre os diagnósticos encontrados na pesquisa supra-citada, destaco a **ansiedade** e o **medo**, sendo que o primeiro estava presente em 100% da amostra enquanto que o segundo perfazia um total de 60%. Acredito, como a autora, que, independentemente do tempo de hospitalização, da patologia ser considerada biologicamente menos ou mais grave e da experiência anterior de hospitalização ou de procedimento cirúrgico, o medo e a ansiedade podem-se apresentar de formas e intensidades diferentes nesses indivíduos. No que se refere ao medo, a experiência anterior, se tiver sido negativa, irá potencializá-lo.

Isto tudo traz à tona a importância e a possibilidade de desenvolver cuidados de enfermagem perioperatório respaldados no processo de enfermagem independente da metodologia que se utilize. O imprescindível é realizar o cuidar e o cuidado de enfermagem de forma sistematizada e responsável, considerando as especificidades de cada cliente.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Acredito ser este o momento de afirmar minha opção pela pesquisa qualitativa, pois a percebo como a forma mais adequada para compreender o modo como os clientes em condição de perioperatório vivenciam o cuidar e o cuidado de enfermagem recebido.

Partindo do pressuposto de que a metodologia é indispensável no desenvolvimento de qualquer pesquisa e concordando com Minayo (1998, p.22) ao afirmar ser a metodologia “o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade”, é que passo a descrever o caminho percorrido na realização deste estudo.

Necessário se torna reafirmar a importância de conhecer o que, como e porque, pretendi investigar o fenômeno do cuidado no perioperatório. Para este fim a metodologia foi construída pelo delineamento da abordagem qualitativa, com a caracterização da investigação pelo instrumento e técnica de coleta escolhidos, as características dos sujeitos selecionados e, por fim, o método de análise dos resultados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A abordagem qualitativa permite entender como os indivíduos investigados compreendem o significado de um fenômeno qualquer na sua vida. Dessa forma, foi possível compreender a essência do processo de cuidado do ser humano, quando se descreve a natureza e o lado subjetivo das suas relações consigo mesmo e com o mundo que o cerca. As ciências subjetivas, em oposição ao positivismo, assumem a subjetividade da experiência do vivido como eixo norteador para a compreensão do sentido deste *ser* de relação.

Com o enfoque da pesquisa qualitativa na percepção e subjetividade dos seres humanos, ela é capaz de alcançar com maior aprofundamento o significado subjetivo de um fenômeno na vida dos sujeitos. (TRIVINÕS, 1987).

Abordando essa temática e fazendo menção ao trabalho de Granger (1967), MINAYO (1994) chama a atenção para o movimento em que “o vivido se concretiza na experiência que é captada não como predicado de um objeto, mais como fluxo de cuja essência temos consciência em forma de lembranças: atitudes, motivações, valores e significados subjetivos.” (p.32).

Corroborando com esses autores, Polit e Hungler (1995) afirmam que as determinações dos "conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da

experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida pelos seus próprios atores".(p.270).

Apontada como um dos propósitos da pesquisa qualitativa, a descrição se define como um modo de apresentação das experiências vivenciadas por esses clientes em situações de perioperatório. O estudo descritivo permite ao autor “observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”. (POLIT E HUNGLER, 1995, p.119). Sob este aspecto, Trivños (1987) sugere o estudo descritivo como ferramenta capaz de elucidar e delinear com clareza e precisão os fenômenos de uma realidade vivenciada.

Para desenvolver essa investigação, concentrei-me no tipo exploratório descritivo abordado por Marconi e Lakatos (1990), partindo do levantamento dos dados para descrição do fenômeno vivenciado pelos sujeitos do estudo.

Marconi e Lakatos (1990) definem três subdivisões de estudo exploratório: a primeira que se utiliza de procedimentos específicos para a coleta de dados; a segunda definida como estudos de manipulação experimental e, por fim, os estudos exploratórios descritivos combinados que têm por objetivo descrever, completamente, determinados fenômenos. Este método qualitativo dá precedência ao caráter representativo sistemático e, por consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis. Faço opção por este último por achá-lo mais adequado a este estudo.

A investigação do fenômeno prescinde adentrar, profundamente, na vivência de pacientes que experimentaram o fenômeno do cuidado perioperatório, o que possibilita enxergar além do que é dito em palavras. Tendo por base o objeto de estudo, é na oralidade, na expressão do vivido e nas experiências reveladas de ser/estar na condição de perioperatório de cirurgias gerais eletivas, que será possível compreender os significados do cuidar/ cuidado de enfermagem.

4.2 REVELANDO A TÉCNICA DA HISTÓRIA ORAL

Nesse sentido, a história oral, como técnica de coleta de dados que busca as experiências dos sujeitos quando da ocorrência de determinados fenômenos, parece-me adequada ao estudo.

A história oral como técnica se traduz numa forma de captação da vivência de pessoas que estão dispostas a narrar aspectos de sua vida, mantendo um compromisso com o contexto social. (MEIHY, 1994).

Os relatos orais, atualmente denominados de história oral, fizeram seu reaparecimento

no começo do Século XX, no início dos anos cinquenta, utilizado por sociólogos como W.J. Thomas (1863-1947) e F. Znaniecki (1882-1958) e por antropólogos, a exemplo, Franz Boas (1858-1942), que, dentre outros, encarava a história oral como a técnica por excelência e, até mesmo, como a única válida para contrapor às quantitativas. Para estes cientistas sociais, o método quantitativo foi “reduzindo a realidade social à aridez dos números - pareciam amputá-la de seus significados, enquanto que a história oral encerrava a vivacidade dos sons, a opulência dos detalhes, a quase totalidade dos ângulos que apresenta todo o fato social”.(QUEIROZ, 1991, p. 14).

Com o desenvolvimento das técnicas estatísticas em fins dos anos 1940, os relatos orais e as histórias de vida foram relegados à penumbra, pois pareciam fortemente ligadas as influências da psique individual. Dessa forma, a técnica por amostragem, com a utilização de questionário aparecia, nesse contexto, como a forma mais adequada de se obter dados inquestionavelmente objetivos (QUEIROZ, 1991).

Com a contínua utilização destas técnicas, segundo a autora, percebeu-se, claramente que valores e emoções permaneciam velados nos próprios dados estatísticos, já que se admitia que a maneira de pensar e de agir dos pesquisadores influenciavam diretamente as definições das finalidades da pesquisa e a formulação das perguntas.

A percepção e os preconceitos dos pesquisadores transpunham para os dados e deste modo perdia-se o controle da objetividade (QUEIROZ, 1991).

Os números perdiam sua auréola de pura objetividade, patenteando-se dotados de vieses anteriores ao momento da coleta, escondidos na formulação do problema e do questionário; ocultos, pareciam inexistentes. Porém influenciavam o levantamento, desviando-o muitas vezes do rumo que devia seguir. (p.15).

A história oral passou, então, a tomar forma novamente fortalecida pelo desenvolvimento tecnológico. Surge, então, em 1947, a história oral moderna, na Universidade de Columbia, Nova York, a partir dos arquivos resgatados e organizados por Allan Nevis. O termo história oral passou a ser indicativo de uma nova postura em face às entrevistas.

Nessa época, com o desenvolvimento das tecnologias, que favoreciam a captação de experiências vividas, a oralidade ganhava seu espaço de destaque em contraposição ao escrito. Com o advento do rádio, as entrevistas passaram a fazer parte do cotidiano dos indivíduos e as revistas e jornais possibilitaram divulgar depoimentos que, somados, quase sempre, a fotos,

culminaram com sua popularização. O jornalismo deu significado e avanço à história oral e popularizou o depoimento como um gênero importante no gosto da cultura urbana moderna (MEIHY, 1994).

A escolha desse caminho deu-se pela necessidade de fortalecer a expressão do vivido traduzido nas falas dos entrevistados. Através dos depoimentos foi possível compreender os fenômenos tais como eles foram vividos ou como se mostraram em si ao serem explicitados. Busquei, a partir de sua análise, desvendar as estruturas que transpareciam nas descrições dos sujeitos que viveram a experiência perioperatória e os cuidados de enfermagem recebidos nessa etapa. As vivências auxiliaram na apreensão da rede de significados atribuídos pelos sujeitos que experimentaram efetivamente os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados durante sua vivência em cirurgias gerais eletivas.

Procurei captar a experiência efetiva dos narradores, recuperando tradições, mitos e imagens coletivas e individuais das vivências do fenômeno, cuidado, considerando que efetuei entrevistas com pessoas que vivenciaram o contexto do perioperatório .

A escolha da técnica da história oral e sua entrevista, “depende do tipo de questão que é colocada ao objeto de estudo.” (ALBERTI, 1990, p. 13). Portanto, a determinação dessa técnica possibilitou responder à questão de estudo: Como os pacientes em condição de perioperatório de cirurgia geral eletiva vivenciam o cuidar/cuidado de enfermagem?

Considerando que a história dos sujeitos, sendo contada por eles próprios, reconstrói uma experiência vivida que, quando manifesta, possibilita uma nova versão a respeito do sentido do relato por aquele que a ouviu, é que me propus a utilizá-la e a ter esses clientes como colaboradores.

A história oral é sempre uma história do tempo presente e como nos referencia Meihy (1994) ela:

[...] implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral. Nesta medida, a história oral não só oferece uma mudança para o conceito de história, mas, mais do que isto, garante sentido social à vida dos depoentes e leitores que passam a entender a seqüência histórica e a sentirem-se parte do contexto em que vivem. (p. 10)

De acordo com Lozano (1996, p16), “a história oral, ao se interessar pela oralidade, procura destacar e centrar sua análise na visão e na versão que brotam do interior e do mais

profundo da experiência dos atores sociais.” Ela se ocupa dos depoimentos, testemunhos e entrevistas como forma de registro e análises sociais. Desta forma única e singular, os pacientes que vivenciaram a condição de perioperatório estavam aptos a fornecer, através dos seus depoimentos, informações sobre suas experiências e, só a partir daí, foi possível compreender seus significados.

Através desta técnica pude conhecer e compreender o cuidado perioperatório em cirurgias gerais eletivas ocorridos na história de vida dos colaboradores deste estudo, do hospital público onde ocorreu o fenômeno.

De acordo com Meihy (1994), a história oral encontra-se alicerçada em três ramos: a tradição oral, história oral de vida e a história oral temática. A tradição oral é definida por este autor como o ramo preocupado com a transmissão do que é obsoleto; nesse recorte, o indivíduo é percebido enquanto um veículo da transmissão de costumes e tradições antigas. Já a história oral de vida é referida como um registro da experiência pessoal/particular, guiada por um procedimento experimentado por entrevistas livres, que cuidam de impressões e subjetividades, e, para o qual, é fundamental a individualização. E, por fim, o autor conceitua a história oral temática como uma proposta de testemunho e de abordagem sobre algum assunto específico, como um recorte da vivência de uma experiência e questões externas, objetivas, factuais e temáticas.

Nesse contexto, pela compreensão que tenho dos fundamentos da história oral de vida orientei minha técnica de coleta de dados baseada em seus fundamentos, por acreditar que esta poderia me conduzir à obtenção do objetivo deste estudo que é: **Compreender como os pacientes no perioperatório de cirurgias gerais eletivas vivenciam o cuidar e o cuidado de enfermagem.**

Ainda segundo Meihy (1994), a história oral pode ser descrita como híbrida e pura. A primeira se caracteriza pela associação da coleta dos depoimentos orais e de documentos coletados diretamente dos atores sociais ou escritos, ao passo que a história oral pura refere-se, exclusivamente, aos depoimentos e valoriza apenas o que foi dito. Assim, neste momento, faço minha opção por esta última classe, por entender que o dito assume seu real valor, dando destaque, deixando transparecer os significados e a tradição daqueles que vivenciaram o fenômeno do cuidar/cuidado de enfermagem no perioperatório.

As entrevistas foram feitas seguindo um roteiro (apêndice C) de acordo com a disponibilidade de cada colaborador e respeitando a condição inerente à situação de perioperatório. Os encontros aconteceram em horários previamente definidos pelo colaborador e, em cerca de 60% dos casos, as entrevistas foram efetuados no segundo

encontro. O ambiente de realização destas foram os apartamentos de um único leito, e salas de exames, o que permitiu a manutenção da privacidade, o sigilo dos depoimentos e a ausência de interferências externas.

Após a entrevista, a etapa seguinte foi a transcrição dos dados. Meihy (1994), refere que a confecção do documento escrito, a transcrição, consiste na transformação do documento oral em escrito, após correção, recriação (transcrição). Nessa etapa, deve-se preocupar com a preservação do sentido original do discurso, onde o narrador articula o raciocínio com as palavras.

É, invariavelmente, pela forma como se alicerça esse método que os estudiosos chamam atenção de que a história oral dos indivíduos não se esgota no momento da apreensão e análise dos dados. Os relatos dos colaboradores, no seu formato gravado ou transcrito, são fontes de dados permanentes, podendo ser usados a qualquer tempo como fonte de consulta para outros estudos. Esta é a grande contribuição deste método

Cabe, neste momento, pontuar que, apesar de no Brasil a história oral ter muitos simpatizantes ainda, “teima” em se perpetuar a falsa idéia da falta de objetividade deste método. Sobre isto, Camargo (1987) propõe alguns critérios que devem estar presentes na construção dos estudos que utilizam a história oral como método, a saber: *a amostragem*-mesmo não havendo a preocupação com números, como na pesquisa quantitativa, chama a atenção de que se deve trabalhar com um conjunto de entrevistas submetidas a uma amostragem expressiva e selecionada, através da qual, os suportes essenciais estejam presentes no universo em análise; *a saturação*-é imprescindível estar atento ao momento em que os dados se saturam, o que pode ser percebido quando da repetição de informações nos depoimentos, denotando um esgotamento do universo em análise; e por fim, *a multi ou interdisciplinaridade*-o que confere a potencialidade à técnica é a possibilidade e a capacidade de “beber na fonte”, ou seja, receber contribuições de diversas disciplinas, como história, antropologia, psicanálise.

Este estudo foi guiado pelos dois últimos critérios listados acima, o de saturação, que atende a técnica da história oral de vida e o da interdisciplinaridade, pois possibilita uma análise rica, vez que envolve várias dimensões do ser humano.

Quanto à amostragem, penso como Alberti (1990, p. 14), quando afirma que a escolha dos sujeitos não deve ser “predominantemente orientada por critérios quantitativos, por uma preocupação por amostragem, mas, sim, a partir da posição do sujeito no grupo e do significado de sua experiência”. Desse modo, não estabeleci para a técnica escolhida a pré-definição do quantitativo exato de entrevistas que seriam realizadas, assim como o

quantitativo das mesmas que dependeria da saturação, ou seja, findaria no instante em que as entrevistas acabassem por se repetir em conteúdo ou na forma de construção dos relatos.

Nesse sentido, a escolha dos colaboradores que vivenciaram a experiência cirúrgica foi a mais adequada.

Cabe aos pesquisadores atribuir o devido crédito aos relatos orais dos sujeitos da investigação, já que estes constituem o elemento essencial ao entendimento das estruturas mais subjetivas e complexas que, quando apreendidas, desvelam o significado de um conjunto de comunicações, simbolismo e concepções sobre um determinado fenômeno (ALBERTI, 1990).

Minha expectativa, ao usar a técnica, foi exatamente buscar significados nos relatos dos pacientes, vez que só quem viveu essa condição de perioperatório poderia, efetivamente, expressar com propriedade essa vivência.

4.3 A ÉTICA NA PESQUISA COM SERES HUMANOS

A investigação foi guiada pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, firmada com base na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Esta Resolução foi fundamentada nos principais documentos internacionais através dos quais alicerçaram-se declarações e diretrizes sobre pesquisas em seres humanos.

No bojo dessa Resolução, encontram-se incorporados, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais básicos da bioética que foram fielmente considerados no desenvolvimento da minha pesquisa com vistas a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Antes de iniciar a pesquisa, inscrevi meu projeto na Comissão Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP), respeitando o Parágrafo VI e VIII da resolução 196/96, que se refere ao protocolo da pesquisa e ao CONEP respectivamente. Após isto, o mesmo foi direcionado para ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira –UFBA, obedecendo ao que consta do parágrafo VII da mesma resolução, o qual deu parecer favorável para o início da pesquisa. Assim, encaminhei o projeto juntamente com o parecer do CEP para apreciação da diretoria do hospital e liberação do campo para coleta de dados. Após a liberação, iniciei meus primeiros contatos com as unidades onde se realizaram as entrevistas, dando início à coleta de dados.

Para a coleta e durante o processo de construção da pesquisa, cumpri as determinações dos parágrafos e incisos que constam na resolução op cit e que tratam: em seu III parágrafo e

suas alíneas, dos aspectos éticos que implicam no respeito à autonomia, à justiça, equidade, beneficência e não maleficência, ao sigilo e anonimato; em seu IV parágrafo e em suas alíneas, do consentimento livre e esclarecido – pontua que “o respeito devido à dignidade humana exige que todas as pesquisas se processem após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação da pesquisa.” (BRASIL, 1996, p.4) e em seu V parágrafo e alíneas que diz respeito aos riscos e benefícios da pesquisa.

Ressalto que, na elaboração do termo de consentimento pós-transcrição, do roteiro das entrevistas e na condução destas, foram também considerados e respeitados todos os itens dessa resolução.

4.4 O *LOCUS* DO ESTUDO

O estudo foi realizado em 04 unidades de internação de pacientes cirúrgicos de um hospital público da cidade do Salvador-Ba. O hospital em questão corresponde a um importante centro de referência para o atendimento de pacientes conveniados do SUS na capital, de outras cidades baianas, incluindo aqueles atendidos pelo Programa de Central de Regulação de Leitos desta Capital. Destaca-se por sua classificação como hospital de alta complexidade e por ter, no corpo dos cuidadores, docentes de diversas instituições de ensino, especialistas, residentes e estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, Medicina, Nutrição, dentre outras.

O quadro funcional de enfermagem é composto por 94 enfermeiras, dos quais 32 assumem a assistência em 12 unidades de internação (SAE), 18 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 11 nos Centros Cirúrgicos; 12 no Serviço de Paciente Externo (SPE/ambulatório), 05 na Unidade de Diálise e Transplante Renal (DTR), 02 na Hemodinâmica, 05 no Serviço de Assistência Complementar (SAC). O serviço dispõe ainda de dois enfermeiro(a)s que são chefe e vice chefe da Divisão de Enfermagem; 04 que fazem a supervisão do SAE, 01 da UTI e 01 do Centro Cirúrgico. Além destes, 12 enfermeiras (os) encontram-se à disposição de outros setores, 01 à disposição da prefeitura e um total de 04 em licença médica. A instituição mantém um quadro funcional de técnicos e auxiliares de enfermagem que perfaz um total de 284 no SAE, 54 no SPE/ambulatório, 79 distribuídos entre os dois Centros Cirúrgicos e a Central de Material Esterilizado, 32 na UTI e, por fim, conta ainda com 37 profissionais distribuídos no SAC, no setor de endoscopia digestiva, no setor de quimioterapia e radiologia. Os técnicos e auxiliares de enfermagem são distribuídos

através de escala mensal nos diversos serviços/setores do hospital, tendo comumente escala fixa. Os enfermeiro(a)s do SAE, por vezes e, principalmente, no período da tarde, não assumem unidades fixas e são escalados para atender em mais do que uma enfermaria, o que se justifica pelo quantitativo insuficiente destes profissionais.

Essa instituição conta com 214 leitos ativos², distribuídos entre as 12 Unidades de Internação que estão funcionando, estando dispostos da seguinte forma: 06 unidades de internação de clínica médica, sendo que destas 01 encontra-se fechada para reforma, 01 desativada e duas estão destinadas ao Programa de Central de Regulação de Leitos; 01 unidade pediátrica; 04 unidades de clínica cirúrgica, onde são admitidos pacientes com diagnóstico ou possibilidade cirúrgica; 03 unidades especializadas. Conta ainda com 01 Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com 08 leitos; 01 Bloco Cirúrgico subdividido em centro cirúrgico, com um total de 09 salas de cirurgia, 01 sala de recuperação anestésica e 01 Central de Material Esterilizado e um centro especializado em cirurgias oftálmicas com 02 salas cirúrgicas. É importante ressaltar que todas as unidades supracitadas, com exceção do bloco operatório e da UTI, admitem pacientes cirúrgicos.

As unidades de internação contam com amplas enfermarias de dois a seis leitos, como também de apartamentos individuais, com banheiros próprios, que atendem a pacientes de ambos os sexos, além de posto de enfermagem, sala para exames e de admissões médicas.

Para esta investigação foram selecionados pacientes cirúrgicos internados nas unidades cirúrgicas que atendiam aos critérios da investigação.

4.5 OS SUJEITOS DO ESTUDO E OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Neste estudo, foram considerados como sujeitos aqueles selecionados com vistas a atender aos objetivos da pesquisa sem a preocupação com o seu quantitativo. Sobre isto autores como Trentini e Paim (1999) apontam que essa escolha deve guardar dependência com o envolvimento dos indivíduos no problema, selecionando, dentre estes, os que têm maiores condições para colaborar com dados que possam preencher ao máximo a amplitude do problema em estudo.

Os sujeitos do estudo, que passo a chamar de colaboradores por exigência da técnica da História Oral, foram 12 clientes de ambos os sexos, admitidos nas unidades cirúrgicas, no

² O serviço de enfermagem considera ativos os leitos distribuídos nas unidades em funcionamento.

período de coleta de dados e que se encontravam em pós-operatório mediato de cirurgia geral eletiva.

Para garantir a fidedignidade dos resultados, optei por selecionar os colaboradores mediante critérios de inclusão. O primeiro critério de escolha foi ter o maior tempo de hospitalização exigido por procedimentos cirúrgicos eletivos, possibilitando vivenciar quantitativa e qualitativamente o cuidado de enfermagem e, em última análise, porque os procedimentos de urgência e emergência acontecem esporadicamente, já que o hospital investigado não conta com unidade de pronto atendimento.

O segundo critério foi o de estarem internados por um período superior a 24 horas, tempo mínimo considerado para o ajuste ao ambiente hospitalar, para a exposição a estressores pré-cirúrgicos e, principalmente, para poder identificar com clareza os cuidados de enfermagem. Souza (1997), aponta como estressores pré-cirúrgicos quando da realização da cirurgia, a experiência cirúrgica negativa, hospitalização, separação da família, interrupção do trabalho, presença de outras patologias, necessidade de cuidado não atendido.

Por fim, cumpre lembrar que optei por estes colaboradores por considerar que os relatos das suas experiências de cuidar e de cuidado de enfermagem perioperatória e o enfrentamento das situações cirúrgicas foram reveladoras na sua essência e porque trouxeram as falas originárias dos sujeitos que experienciaram o fenômeno. Nesse sentido, o vivido tomou forma a partir das histórias e deram significado à experiência.

4.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

No âmbito da história oral, existem duas possibilidades de entrevistas, podendo-se optar pelas entrevistas temáticas ou pelas entrevistas de história de vida. A primeira, temática, aborda especificamente a participação do entrevistado no tema escolhido como objeto principal, enquanto que a segunda tem como centro de interesse o indivíduo na história. (ALBERTI, 1990).

Por acreditar ser necessário explorar com maior profundidade a experiência do perioperatório é que busquei a história de vida desses colaboradores. É na oralidade que esses colaboradores expressam sua existência através dos tempos, buscando reconstituir os acontecimentos que vivenciaram e transmitir a experiência que adquiriram. Sendo assim, as narrativas permitiram delinear as suas relações com os membros da equipe de enfermagem e a sua vivência em situação de perioperatório.

Para Queiroz (1991), quando se utiliza a história oral de vida, apesar desta poder ser guiada por entrevistas, deve-se permitir ao colaborador dissertar o mais livremente possível sobre sua experiência. É ele quem detém o fio condutor da entrevista e determina o que é relevante ou não narrar. Assim, busquei respeitá-lo em seu discurso ao permanecer silencioso tanto quanto possível durante a entrevista.

Meihs (1994), chama atenção de que a *verdade*, no ramo da história oral, está na versão oferecida pelo colaborador. E acrescenta que ela é soberana para revelar ou ocultar casos, situações e pessoas, assim, ela depende exclusivamente de quem dá o depoimento.

Desta forma, tendo clareza do meu objeto de estudo, percebi, a princípio, como possibilidade de coleta de dados, a utilização de entrevista de história oral de vida, tendo em vista que estava buscando compreender como os pacientes na condição de perioperatório vivenciavam o cuidar e o cuidado de enfermagem. Essa opção levou, também, em consideração que as experiências na condição perioperatória poderiam ser expressas de modo livre na oralidade dos sujeitos, no entanto, para melhor conduzir a investigação, optei pela entrevista semi-estruturada que, por conter algumas questões, me auxiliou a manter a direção do meu estudo em busca do objetivo traçado.

Nesse sentido, utilizei-me desse tipo de entrevista que atende efetivamente à história oral de vida definida por Triviños (1987) como aquela que se origina de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, geradas a partir de hipóteses outras que surgem no decurso das respostas dos sujeitos. A entrevista semi-estruturada destaca-se porque “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.(p.146).

Minayo (1994, p. 108) refere, ainda, que esta técnica permite “combinar perguntas fechadas e abertas de forma que os depoentes respondam a questões com uma variedade de respostas previstas e ao mesmo tempo exponham livremente suas idéias sobre o tema proposto pelo investigador.”

Alberti (1990), chama a atenção para a importância da elaboração criteriosa do roteiro da entrevista, considerando as informações prévias sobre o fenômeno, já que este se configura num instrumento de consulta e de apoio ao pesquisador durante a entrevista.

Pensando nessas considerações, delimiti três questões que foram essenciais na minha investigação: 1- Conte para mim a sua experiência com os cuidados de enfermagem recebidos no período em que esteve hospitalizado para esta cirurgia. 2- Que cuidados o(a) senhor(a)

considera que devem ser prestados pela equipe de enfermagem antes da cirurgia, durante a cirurgia e depois da cirurgia? 3- O que o(a) Senhor(a) entende como cuidado de enfermagem?

Antes de iniciar a investigação, preocupei-me em proporcionar um encontro em momento anterior ao da entrevista, com o intuito de minimizar possíveis constrangimentos e desconfortos com a presença do entrevistador.

Defini que esse primeiro encontro seria para “quebrar o gelo”. É o momento que tem por finalidade estabelecer uma relação inicial efetiva e de confiança entre pesquisador e sujeitos investigados. Dessa forma, concordo que a coleta de dados na abordagem qualitativa não se restrinja a um processo cumulativo e linear, mas em um ir e vir em constante interação com os sujeitos que vivem uma experiência em um dado momento de sua vida. (LEOPARDI, 2001).

Alberti (1990) descreve como primeiro momento aquele em que se define, de comum acordo entre o sujeito e o pesquisador, o local da realização das entrevistas. Segundo este mesmo autor, esse local deve ser reservado, silencioso, confortável, onde não haja circulação de pessoas que possam interferir no depoimento e atrapalhar a gravação.

Para realização das entrevistas foi, utilizado um gravador com fitas cassete onde todas as expressões verbais emitidas nas entrevistas foram rigorosamente registradas, com vistas a evitar perdas de informações e manter fidelidade ao discurso dos sujeitos. Assim, os depoimentos foram transcritos à medida que se sucederam às entrevistas, que foram minuciosamente ouvidas.

Segundo Erthal (1990), as investigações que utilizam a técnica da gravação tornam o pesquisador mais sensível à escuta, avaliando melhor o que se passa com o sujeito, transcendendo as palavras e captando a essência daquilo que é explicado.

A coleta de dados foi sempre realizada com a participação apenas do entrevistador e do colaborador, mantendo-se a privacidade do entrevistado e livre de estímulos ambientais e do acesso de pessoas que pudessem atrapalhar a investigação. As entrevistas só se sucederam após a explicação sobre o estudo, seus objetivos, as informações sobre sua participação, a leitura, confirmação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Foi oportunizado aos colaboradores, após cada entrevista, a escuta dos seus discursos gravados. Aproveitei esse momento para reforçar que o conteúdo da gravação era sigiloso e que as fitas seriam guardadas e destruídas ao se passarem cinco anos da data de sua gravação, como determina a resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS DA INVESTIGAÇÃO

Na tentativa de compreender os significados expressos nesses relatos, foram realizadas leituras exaustivas em busca do estabelecimento de relações entre as experiências desses sujeitos, de forma a encontrar a convergência e a saturação dos eventos expressos.

Para tanto, nessa etapa, me apoiei na *Análise Temática* por acreditar que esta era adequada ao objeto de investigação. Essa forma de análise trabalha com a noção de significados aos temas emergentes dos depoimentos e pode ser definida como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. (BARDIN, 1977, p.105, apud MINAYO, 1994, p. 208).

Esta forma de análise está preocupada em descobrir

os *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (...) qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 1994, p.209).

Para a análise dos dados desta investigação, cumpri com as etapas definidoras desta forma de análise, com exceção à etapa de formulação de hipóteses. A primeira etapa, a **pré-análise**, foi subdividida em *leitura flutuante, constituição do corpus e objetivos*; a segunda etapa, identificada como *exploração do material* e a última etapa, o *tratamento dos resultados obtidos e a interpretação*.

A leitura flutuante foi o momento em que realizei leituras exaustivas dos depoimentos com vistas à aproximação do material coletado; naquele momento, me permiti obter impressões e orientações iniciais e pude organizar e sistematizar o material coletado.

O segundo momento foi dedicado à constituição do *corpus* do estudo, definido propriamente como a etapa em que os dados foram lidos, selecionados, organizados e sistematizados. Em suma, “o corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. (BARDIN, 1977, p.96). A sua estruturação, no entanto, implica numa organização de tal forma que possa responder a algumas normas de validade, tais como as expressas a seguir:

Exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objeto do trabalho). (MINAYO, 1994, 209).

Voltando á formulação de hipóteses, apesar desta ser considerada, por esta técnica, com parte também integrante do processo analítico, preferi não trabalhar com hipóteses pré-estabelecidas e, sim, explorar os dados de forma livre, objetivando responder à questão de pesquisa.

No que tange ao objetivo, este pode ser definido como a finalidade geral a que o pesquisador se propõe ou que é fornecida por uma instância superior. (BARDIN, 1977).

Ainda na fase de pré-análise, determinam-se a *unidade de registro*, a *unidade de contexto*, os *recortes de fala*, a *forma de categorização*, a *modalidade de codificação* e os *conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise*. (MINAYO, 1994).

Para clarear as etapas da pré-análise colocadas anteriormente, serão aqui apresentados quatro destas, conforme descrito por Bardin (1977).

Unidade de registro – é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial. (BARDIN, 1977, p.104). Faz-se necessário esclarecer que a unidade de registro pode ser de natureza semântica expressa por “temas” ou de natureza lingüística, por “palavras”, “frases”.

A Unidade de contexto:

serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registro. (BARDIN, 1977, p.107).

Essa autora explica que, em grande parte dos casos, faz-se necessário fazer referência ao contexto longínquo ou próximo da unidade a registrar para assegurar o real sentido desta unidade.

A forma de categorização - a categorização pode ser definida “como uma operação classificatória dos elementos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por

reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.(BARDIN, 1977, p.117).

Na análise de conteúdo, as categorias reúnem um grupo de unidades de registro sob um título, cujo agrupamento se efetua em razão dos caracteres comuns desses elementos. A categorização pode utilizar-se de critérios, tais como: semântico, sintático, léxico e expressivo e comporta duas etapas: o inventário - momento em que se isolam os elementos (unidades de registro) e a classificação, fase em que se repartem os elementos (unidades de registro) procurando impor certa organização às mesmas. É importante, neste momento, reafirmar que a categorização tem como objetivo primeiro, fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos.

A modalidade de codificação - A codificação “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.(BARDIN, 1977, p.104).

Dentre os conceitos teóricos mais gerais que me orientaram na análise desenvolvida neste estudo, relacionei como base para o desenvolvimento da análise dos dados o referencial teórico do cuidar/cuidado no perioperatório.

Foi na segunda etapa, identificada como **exploração do material**, que concretizei a codificação dos dados, fazendo um recorte do texto em unidades de registro (frase, palavra e tema, entre outros) e escolhendo as regras de contagem e, por fim, realizando a classificação e agregação das informações em categorias .

Na última etapa, **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, apesar de tradicionalmente os dados brutos serem submetidos a operações estatísticas, neste estudo, fiz a opção por outra variante, a que no tratamento dos resultados trabalha com os significados das vivências cotidianas dos sujeitos, por sua aproximação com o método de análise e a história oral de vida como técnica escolhida.

As unidades de significado foram analisadas tendo por base o referencial do cuidar e dos cuidados, além de estudos sobre o cuidar e o cuidado perioperatório de enfermagem.

A seguir, passo a apresentar a análise das categorias que emergiram e dos significados na oralidade dos sujeitos entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A VIVÊNCIA DO CUIDAR E DO CUIDADO PERIOPERATÓRIO DE ENFERMAGEM PARA O PACIENTE EM CIRURGIA GERAL ELETIVA

As entrevistas trouxeram, na oralidade de um grupo de colaboradores cirúrgicos, a forma como eles vivenciaram a experiência cotidiana do perioperatório de cirurgias gerais eletivas. Pelas leituras reflexivas das respostas e relatos desses colaboradores, foi possível identificar que se constroem no espaço cirúrgico os momentos de confronto e enfrentamento de cada etapa dessas vivências durante o trânsito entre a unidade de internação cirúrgica, do pré ao pós-operatório, até o centro cirúrgico, como momentos repletos de sentimentos conflituosos.

Foi em busca de compreender essas vivências que investi esforços na obtenção de informações que trouxessem os significados do cuidar e do cuidado perioperatório de enfermagem expressos pelos colaboradores submetidos a cirurgias gerais eletivas, as quais passo a apresentar a seguir.

A proposta dessa etapa foi trazer um consenso sobre os aspectos relevantes dos depoimentos e, assim, estabelecer uma aproximação com o objeto de investigação para o alcance do objetivo estabelecido para este estudo.

A análise que efetuei sobre os relatos dos colaboradores nas entrevistas é fruto de leitura criteriosa e exaustiva, quando emergiram dos discursos duas grandes categorias temáticas. A primeira, **VIVÊNCIAS PERIOPERATÓRIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS**, constituído das seguintes subcategorias: a) Externando sentimentos negativos na experiência cirúrgica geral eletiva; b) Externando o cuidado sistematizado na experiência cirúrgica geral eletiva. A segunda grande categoria **SIGNIFICADOS DE CUIDAR E DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES QUE VIVENCIARAM O PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS**, cujas subcategorias foram: a) Cuidado é implementação de procedimentos pré-operatórios e cuidados pós-operatórios; b) O cuidar e o cuidado se estabelecem nas relações entre paciente e equipe de enfermagem; c) O cuidar e o cuidado significam comunicar-se; e d) Reconhecendo aspectos éticos do cuidar e do cuidado perioperatórios. A seguir, apresento o quadro 1, síntese das categorias, subcategorias e unidades de registro obtidos nos relatos dos colaboradores entrevistados.

QUADRO 1- ESTRUTURA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE EM PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS E OS SIGNIFICADOS POR ELE ATRIBUÍDO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
VIVÊNCIAS PERIOPERATÓRIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS	EXTERNANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA GERAL ELETIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Reação • Aborrecimentos • Tristeza • Medo • Ansiedade • Sofrimento • Ressentimento • Experiência anterior
	EXTERNANDO O CUIDADO SISTEMATIZADO NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA GERAL ELETIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Interação • Tranquilidade • Admissão/entrevista • Fluxo/ rotina no centro cirúrgico • Presença • Avaliando o cuidado no pós-operatório • Apoio e orientações
SIGNIFICADOS DE CUIDAR E DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES QUE VIVENCIARAM O PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS	CUIDADO É IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos • Cuidados técnicos • Cuidados técnicos e atenção • Cuidados pré-operatórios e higiênicos • Dualidade de cuidado • Atenção e presença • Preparo psicológico
	O CUIDAR E O CUIDADO SE ESTABELECEM NAS RELAÇÕES ENTRE PACIENTE E EQUIPE DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção à auto-estima • Amor, carinho, compreensão • Atenção • Presença • Afetividade • Humanidade • Disponibilidade, preocupação e assistência • Dedicção/ aprendizado do paciente
	O CUIDAR E O CUIDADO SIGNIFICAM COMUNICAR-SE	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar para tranquilizar • Responder aos questionamentos • Conversar para descontrair • Estar presente e explicar • Afetividade
	RECONHECENDO ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDAR E DO CUIDADO NO PERIOPERATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito á pessoa • Sentimento de segurança/confiança • Confiança na competência técnica • Confiança na equipe • Não recorda • Confiança no médico

5.1 CATEGORIA 1- VIVÊNCIAS PERIOPERATÓRIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS

5.1.1 SUBCATEGORIA 1- EXTERNANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA GERAL ELETIVA

Durante o período de perioperatório, os clientes, de forma geral, encontram-se envolvidos por sentimentos que comprometem, de alguma maneira, suas vivências nesse período. O sentimento de temor, medo e insegurança normalmente estão relacionados às experiências positivas e/ou negativas vivenciadas dentro da instituição hospitalar e, principalmente, ao desconhecimento das condições inerentes ao ser paciente cirúrgico. Tudo isso passa a determinar o modo de enfrentamento desses clientes diante do processo.

Pensando nisso, acredito que é crucial aos profissionais da equipe de enfermagem valorizar os significados da experiência cirúrgica, a fim de desenvolver cuidados que não se limitem aos aspectos instrumentais como, por exemplo, passagem de sonda vesical, preparo de cólon e a tricotomia, dentre outros. Mas, a esses cuidados, somam-se as necessidades expressas pelos clientes e que se exteriorizam através dos sentimentos, seja de forma verbal ou através da expressão corporal.

Brunner e Suddart (1991), ao abordar os cuidados pré-operatórios e preparo psicossocial do cliente cirúrgico referem que qualquer procedimento cirúrgico é antecedido por algum tipo de reação emocional do cliente, quer seja ela evidente ou oculta, normal ou anormal e que esta deve ser considerada no processo de cuidar desse paciente. Para clarear a compreensão do conceito de emoção, busquei a definição de Moreira (1995) ao definir “as emoções como sendo os estados afetivos que nos aparecem de maneira brusca, em forma de crises mais ou menos violentas, mais ou menos passageiras”.(p.23)

A maioria dos colaboradores deste estudo é composta de pessoas adultas que tiveram o curso de suas vidas alterado, ao serem acometidas pela patologia e, invariavelmente, pela certeza do procedimento. Nessa condição, os clientes perdem a autonomia, a liberdade, interrompem e adiam planos. Originados dessas limitações, irrompem, algumas vezes, sentimentos de ira e agressividade, que são percebidas pelos profissionais de enfermagem que cuidam desse cliente , como comportamento agressivo e de recusa ao tratamento. Não raras

foram as vezes em que pude constatar, durante o meu cotidiano profissional, que, depois de solucionados os problemas, os clientes agressivos e considerados transgressores das ordens médicas e de enfermagem, tornaram-se afetivos e “receptivos ao tratamento”.

Os cuidadores da enfermagem devem considerar que os clientes no pré-operatório estão sujeitos a tensão emocional e, que nem sempre, essa tensão se apresenta para os profissionais através de relatos verbais de medo, ansiedade, nervosismo, dentre outros, mas, e sim, na forma de mudanças em seu estado fisiológico e de comportamento, podendo se tornar, também, agressivos e pouco comunicativos. O entendimento dessa condição amplia a visão sobre o cliente e do cuidado que deve ser planejado para o mesmo.

Segue trecho do relato sobre os sentimentos e comportamento do cliente em relação aos cuidados de enfermagem, que pode parecer, aos olhos menos atentos, como a revelação de um comportamento agressivo e sem justificativa, mas expressa reações às atitudes dos profissionais, possivelmente, pela falta de informação diante do contexto vivido.

Eu pedi para que não me colocasse a sonda vesical e me colocaram [...] quando eu cheguei do centro cirúrgico, Dr^a S. veio aqui e tirou a sonda [...] aquilo ficou ardendo, doendo. Aquilo me incomodou! Ai ela [auxiliar de enfermagem] veio colocar a aparadeira. Ai eu falei: Menina, tire isso daí, se você não tirar, eu vou derrubar [...] eu quero ir ao banheiro! D(12)

O trecho de outro depoimento retrata, também, a atitude aborrecida de um cliente diante de uma situação gerada pela condição de perda de tempo e retardamento da cirurgia em decorrência de um conflito político social (greve) explicitado pelo paciente. Mesmo essa situação não estando diretamente relacionada aos cuidados de enfermagem, percebe-se o incomodo do cliente com a situação. Diante desse contexto, os profissionais de enfermagem devem estar atentos a mudanças de comportamento, do estado de humor e de alterações fisiológicas que podem se precipitar.

*[...] é que com esse período de greve [...] Que não é de hoje nem de ontem! que houve o negócio de greve! Sempre **chateia**, tanto quanto o médico quanto o paciente, como outros [...] essas coisas que **chateiam** a gente. D(01)*

A maioria dos colaboradores desta pesquisa referenciou outros sentimentos que estiveram presentes durante sua vivência na situação perioperatória e como esses sentimentos

acompanharam todo o processo de ser paciente nesse contexto. O reconhecimento de sentimentos que podem estar presentes e a explicitação de alguns destes, como o medo, a tristeza, ansiedade, o sentir-se desesperado e inserido em conflitos foram algumas formas de retratar o quanto é difícil e ameaçador vivenciar tal situação e o quanto os cuidados são fundamentais nesse momento. As falas a seguir são a expressão desses sentimentos.

Como falei antes, há momentos de tristeza, eu tive! Mas eles [profissionais] estavam sempre presentes, até nos momentos que eu estava mais triste eles estavam presentes[...]D(11).

E minha experiência, também, foi quando eu entrei na sala de cirurgia é [...] eu pensei que ia ser lá essas coisas. Pensei que ia doer muito, fiquei com medo da anestesia e não doeu nada. Tanto que agora de manhã eu falei com as minhas colegas, porque elas também estão com medo, falei para elas que não dói nada; que é para elas poder entrar tranqüila na sala, a gente sente medo, mas depois passa. A minha experiência foi essa mesmo por causa do medo, causa do meu medo! Agora eu não sinto mais medo de cirurgia. D(02)

É isso mesmo, quando uma pessoa entra na sala para fazer uma cirurgia, seja lá qual for a causa da cirurgia, tem uns que ficam nervosos, ficam irritados e tal, mas não aconteceu nada comigo não! Eu fico numa boa. D(01)

Olhe! Quando eu entrei logo aqui para mim foi uma guerra, Ave Maria! Eu chorava igual a uma desesperada; sabe? Eu quase coloco o hospital abaixo...D(05)

Os trechos de alguns depoimentos expressam ainda sentimentos de sofrimento e ressentimento. Medo e angústia, também, se fizeram presentes no perioperatório, de alguns dos colaboradores, gerados talvez pela falta de atenção necessária, dos profissionais.

[...] quando eu sai [...] eu não sabia que tinha que passar tantos dias com sonda nasogástrica, eu pedi para morrer com aquilo no meu nariz, com fome [...], mas eu não estava preparada para receber aquilo ali[...] D(12).

Eu estou com CA. [...] Eu não estou culpando de imediato...(talvez esteja se referindo à equipe cirúrgica) talvez possa ser, talvez uma coisa que já fosse esperado; (encontrar um tumor avançado que necessitasse da abordagem conjunta das equipes cirúrgicas de ginecologia e geral) mas eu estava me questionando porque não teve um outro médico que pudesse auxiliar naquele momento [...] visto aquilo que houve. Ah! Não! Vamos fazer isso assim, que é necessário! Você está me entendendo? (choro) Isso eu não consigo digerir. D(10)

Ao ler estes relatos não é difícil imaginar o quanto é desastroso para o paciente em condição de perioperatório carregar consigo sentimentos que, além das alterações fisiológicas, geram reações psicológicas, que acabam por influenciar negativamente em seu processo de cuidado e, conseqüentemente, na sua recuperação. As colaboradoras sugerem que o preparo

psicológico e a orientação para o procedimento cirúrgico são deveres das equipes cirúrgicas e de enfermagem e expressam o seu sofrimento em decorrência desse descuido no seu preparo.

Em relação à primeira, mesmo considerando que a orientação sobre a necessária utilização da sonda nasogástrica no pós-operatório da cirurgia para correção de uma fistula seria responsabilidade da equipe cirúrgica, penso que a enfermagem, conhecendo o procedimento cirúrgico e mantendo uma relação profissional com a equipe de cirurgia, poderia orientar, também, quanto à utilização da mesma pela cliente. Analisando sob este ponto de vista, poderíamos refletir sobre a experiência negativa da colaboradora com o *cuidado* recebido da equipe de enfermagem, mesmo que de forma pontual. Ressalto que o uso da sonda nasogástrica pode parecer, aos profissionais que estão acostumados a conviver com clientes sondados, algo natural, que faz parte do cuidado no pós-operatório, no entanto, para quem está experienciando essa condição pela primeira vez, o ato da sondagem e a permanência da sonda, ganham uma dimensão desumana e destrutiva.

O segundo trecho aponta para um descontentamento, um ressentimento, revelando um sentimento de traição num momento em que as dúvidas e o sentimento de impotência estão presentes nesta paciente. Não foi possível afirmar se os exames diagnósticos já apontavam para a necessidade da equipe da cirurgia ginecológica ser assessorada pela equipe da cirurgia geral, no entanto, a fala remete a uma aparente surpresa da paciente no que tange à gravidade de sua condição e, neste caso, a orientação seria o “divisor de águas” na minimização desses sentimentos.

Halldórsdóttir (apud Waldow, 1995) descreve cinco modos de ser-com-o-outro que incluem comportamentos de cuidar e não-cuidar, os quais influenciam consideravelmente a experiência de ser cuidado por outra pessoa, no caso particular pela enfermeira. Para esse autor, os modos de ser com o cliente (o outro) constituem dimensões que vão de relações de cuidado às de não-cuidado. Dentre os cinco modos de ser com o outro destacarei aquele que tem relação com o não-cuidado expresso pela fala anteriormente analisada.

O modo do não-cuidado, que pôde ser identificado nas falas, é aquele definido por Waldow como *biocídio*, quando uma pessoa despersonaliza a outra, aumentando sua vulnerabilidade e causando sofrimento e depressão. A autora coloca, ainda, que atitudes de não-cuidado ou ser descuidado em "situações de dependência e carência desenvolvem sentimentos tais como impotência, sentimento de perda e de ter sido traído por aqueles com quem se conta para ser cuidado". (WALDOW, 1995, p.20).

Aparece, também, e de forma clara, nos trechos a seguir, o *des-cuidado* relacionado a um conhecimento prévio do cliente sobre o que deixou de ser efetuado e que pode ser

traduzido como falta de zelo, de atenção e de preocupação. A expressão do "não cuidado" pode ter sido fruto de internações e/ou experiências anteriores caracterizado por um cuidado que segue normas e rotinas que serviram para descaracterizar o sentido das ações do cuidar e dos cuidados de enfermagem.

Eu acho que os cuidados são esses; porque tem lugar que a gente [...] que as enfermeiras, misericórdia! Os pacientes estão entregues às moscas e aos mosquitos, mas, pelo menos, isso aqui não acontece. D(08)

Eu acho que é ficar perto da pessoa, não é? Da pessoa que está operada, e ficar só reparando, não é? Porque tem deles que você opera e é largado de mão [...] D(03).

Através dos depoimentos, depreende-se que o *des-cuidado*, embora seja a oposição do cuidado, traduz a determinação de que a pessoa “cuidada” não quer passar mais uma vez por essa experiência. O cuidado almejado pela equipe e pelo cliente é aquele que gera satisfação e reconhecimento ao *ser* cuidado. Por esta contradição, ele é capaz de reconhecer que o cuidado é aquele que tem atendimento a algumas necessidades físicas essenciais, psicoafetivas e respeito à sua pessoa. Nessa perspectiva, cabe à equipe de enfermagem, conhecer como vive e sente o paciente em condição perioperatória, a fim de desenvolver um cuidado que minimize sentimentos negativos e ações que podem ser percebidas como não-cuidado.

5.1.2 SUBCATEGORIA 2- EXTERNANDO O CUIDADO SISTEMATIZADO NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA GERAL ELETIVA.

Nesta subcategoria me proponho a explorar o que se apresentou nos discursos dos colaboradores sobre o cuidado sistematizado de enfermagem nas fases que compõem o período perioperatório e o reflexo desse cuidado na experiência cirúrgica.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método que visa organizar, dar qualidade e individualizar o cuidado de enfermagem, cujas intervenções devem estar centradas nas necessidades dos pacientes.

Por determinação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução n 272/2002 (COFEN, 2002) todas as instituições de saúde estão obrigadas a desenvolver a

SAE como método de instrumentalização da prática do cuidado de enfermagem. Sua implementação objetiva a melhoria da prática profissional da enfermagem.

O cuidado de enfermagem, aos clientes em perioperatório, também, requer uma sistematização que, através da sua continuidade, alcance uma melhoria da qualidade dessa assistência. No que tange especificamente aos clientes cirúrgicos existe uma área da sistematização descrita como Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), já referenciada no capítulo três, que contempla a especificidade do cuidado ao cliente cirúrgico em todas as fases do perioperatório. Ela, também, se apóia nos conceitos de assistência integral, humanizada, participativa, continuada, e avaliada, que se configura numa forma de organização que caracteriza e diferencia o cuidado de enfermagem profissional nas fases de pré, trans e pós-operatório.

A utilização do modelo conceitual de Assistência de Enfermagem Perioperatória constitui-se na prática, um guia para apontar as ações/atividades que competem especificamente ao enfermeiro, possibilitando intervenções efetivas e sistemáticas no cuidado.

Essa forma de cuidar determinou uma nova visão da assistência, que não aquela voltada para o modelo médico e burocrático-hospitalar que, respectivamente, estavam preocupados apenas com os sistemas biológicos, estados patológicos dos clientes e com o modelo identificado como funcionalista e reiterativo. (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990).

A concretização desse cuidado sistematizado demanda continuidade da assistência nas fases de pré, trans e pós-operatório o que é operacionalizado através de instrumentos e ferramentas complementares tais como a visita pré e pós-operatória de enfermagem e a comunicação efetiva entre os cuidadores da unidade de internação e do centro cirúrgico, bem como destes com os pacientes.

A visita pré-operatória de enfermagem subsidia o primeiro contato da enfermeira de centro-cirúrgico com o cliente e tem como objetivos fornecer informações sobre os cuidados pré e pós-operatórios; sobre o ato anestésico-cirúrgico e, principalmente, promover uma maior interação entre o enfermeiro de centro-cirúrgico e o cliente. Em última análise, estas medidas podem proporcionar uma experiência menos sofrida, mais tranquila e positiva aos clientes na condição perioperatória.

Analisando os depoimentos dos colaboradores desta pesquisa não foi possível identificar em nenhum trecho de suas falas qualquer indício de identificação de situações que denotassem a realização de visitas pré-operatória da(o) enfermeira(o), o que me causou estranheza. Porque apesar de reconhecer que na instituição onde os clientes fizeram a cirurgia, a SAEP, ainda não está totalmente implantada, a sistematização vinha sendo realizada

sistematicamente na visita pré-operatória de enfermagem. Penso que talvez a ausência de referência à visita deva-se ao fato do não entendimento do colaborador sobre a visita como instrumento essencial do cuidado de enfermagem sobre o qual ele foi solicitado a refletir quando da coleta de dados, ou talvez pela não realização da visita “coincidentalmente nos colaboradores entrevistados”, ou porque, em última análise; a prática de internamento dos clientes cirúrgicos na instituição, no dia da cirurgia, próximo ao horário dos procedimentos esteja se apresentando como fator impeditivo à implementação dessa etapa do processo de cuidar e do cuidado do cliente cirúrgico.

Bianchi e Castellanos (1983) concluem em relação aos benefícios da visita pré-operatória, que esta se constitui em uma forma eficaz de aumento da eficiência do cuidado de enfermagem na sala de operações e na recuperação anestésica; ela é útil na promoção do cuidado individualizado na sala de operações, permite a promoção de cuidados relacionados ao estado mental, personalidade e características físicas do paciente; permitindo, ainda, o aumento da participação do paciente na recuperação pós-anestésica; diminuição da tensão e ansiedade e recuperação mais rápida.

Panza (1977) encontrou como resultado positivo na sua dissertação de mestrado a efetividade da visita sobre o estresse do cliente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório e, constatou, ainda, que a visita do enfermeiro do centro cirúrgico, no período pré-operatório permite o conhecimento do cliente, fornecendo-lhe elementos para o planejamento e execução da assistência nos períodos de pré e pós-operatório.

Os enfermeiros ao deixarem de realizar a visita pré-operatória de enfermagem acabam por extirpar, na maioria das vezes, a única possibilidade de o cliente cirúrgico conhecer e entender todas as acontecimentos dessa experiência, o que lhe possibilitaria passar por esta situação, de forma mais harmoniosa, confiante e segura. Outro prejuízo poderia ser pensado em termos do não estabelecimento de uma relação efetiva no processo de cuidar perioperatório entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, com vistas a proporcionar um cuidado efetivo e de qualidade.

Ao refletir sobre a continuidade da assistência de enfermagem, no ambiente do centro cirúrgico, período identificado como trans-operatório, foi possível perceber, através dos trechos de fala, que existe uma preocupação da equipe de enfermagem em humanizar o cuidado a esses pacientes no sentido de buscar um cuidado guiado pelas necessidades manifestadas pelos mesmos.

As falas que seguem podem não ser efetivamente a garantia de que todos os clientes cirúrgicos recebem cuidado de qualidade ao serem recebidos no centro cirúrgico, mas é, no

meu entendimento, um indicador da preocupação da equipe com a qualidade da assistência a esses colaboradores e com o cuidado sistematizado.

Lá [centro cirúrgico] para mim foi bom também, porque eu fui bem recebido[...]As enfermeiras também! Todas me receberam bem, para mim foi bom, graças a Deus! Foi tudo legal e não tenho o que dizer de nenhuma delas D(03)

Logo que eu cheguei na porta do centro cirúrgico, eu fui recebida por Dr. S., que me tratou com maior carinho, com maior afeto. Depois fui para a sala de espera onde tinha umas duas auxiliares de enfermagem juntamente com outra paciente. Lá conversaram bastante comigo, me explicaram, me descontraíram bastante [...] no momento que eu entrei, me deu um pouquinho de medo, mas depois, quando eu cheguei na sala de espera, eu me tranquilizei e fiquei tranquila. D(11)

No centro, também foi tudo igual, tudo igual mesmo, tudo calmo, tranqüilo. Eu ainda fiquei ouvindo umas músicas, para poder eu relaxar mais ainda. D(05)

Identifica-se, nos depoimentos acima, que a recepção no centro cirúrgico, a interação e o estar sob os cuidados de profissionais na sala de espera teve um significado positivo de cuidado, por três dos colaboradores do estudo. É possível perceber uma efetiva participação da enfermeira e da equipe de enfermagem no cuidado, o que levou nossos colaboradores a expressar satisfação e à minimização de sentimentos de medo, de nervosismo, e de intranqüilidade, freqüentes nessa etapa, no centro cirúrgico, enquanto aguardam o ato anestésico-cirúrgico. É interessante notar a referência da terceira colaboradora sobre a positividade da música na minimização dos sentimentos referenciados anteriormente.

Nesse momento, antes da cirurgia, ainda pôde ser identificada a dinâmica da admissão de enfermagem que cumpre uma das etapas do cuidado continuado e da SAEP, que tem como objetivo estabelecer uma relação entre cliente e equipe, ao passo que permite a identificação das necessidades desses clientes, possibilitando o planejamento da assistência. As falas a seguir denotam a concretização dessa etapa através de entrevistas.

[...] ela me deixou esperando numa sala, aí veio uma enfermeira me entrevistar, me entrevistou. Depois, veio o anestesista me entrevistou e saiu e veio outra (enfermeira) para ficar junto comigo porque eu estava muito nervosa, e ficou lá me explicando como era a cirurgia, que eu não tinha motivo para ficar nervosa. Lá (centro cirúrgico) eu fui bem tratada também e fiquei bem. D(07)

Ah, lá [centro cirúrgico] antes d' eu receber a cirurgia? Naquele espaço de meia hora para aquela pessoa fazer a entrevista, perguntar se eu estava nervoso, se não estava[...]Aí o senhor não vai ter nada não, não fique nervoso, porque não sei o quê! D(01)

Ferraz (1978) revela que, nem sempre, o enfermeiro de centro cirúrgico tem a oportunidade de manter contato direto e efetivo com os clientes que lá são admitidos, apresentando inúmeras justificativas, dentre as quais estão as atribuições técnicas, de sua competência, ficando, na maioria das vezes, em segundo plano as responsabilidades com o cuidar e o cuidado desses clientes.

A afirmação acima pode ser identificada também nos trechos dos relatos de dois colaboradores que vivenciaram o cuidado de enfermagem de outra forma, revelando no fluxo e na rotina do centro cirúrgico, o distanciamento do cuidado ao cliente, revelando apenas o cumprimento de tarefas.

O que eu me lembro é que me botaram no quarto [sala de espera], depois do quarto me levaram para o centro cirúrgico[sala de cirurgia], para o lugar da cirurgia. Não tenho nada que me queixar não! Principalmente daí por diante, eu não me lembro de mais nada. D(09)

Naquele espaço de meia hora para aquela pessoa fazer aquela entrevista, perguntar se eu estava nervoso, se não estava [...] daí por diante, vamos embora para a sala porque já teve o bate papo que teve que fazer com a sua pessoa e tal[...]D(01).

Ao refletir sobre esses depoimentos, a situação parece ser de uma inconformidade no modo de assistir a esses pacientes num mesmo ambiente de trabalho, quando comparados com os depoimentos de D(11), D(03) e D(05), anteriormente colocados. O estar na sala de espera e os cuidados aí recebidos parecem ganhar uma conotação diferente. A sensação aparente é do cumprimento de uma tarefa e de uma presença-ausência de alguém da equipe de enfermagem. O que parece é que este momento não teve nenhum significado para o colaborador. O “ir embora para a sala” transpareceu, na pressa e urgência necessárias para realização de tarefas, as obrigações técnico-administrativas.

Analisando agora a etapa do cuidado na sala de cirurgia, especialmente, nos momentos que antecedem aos atos anestésico e cirúrgico propriamente ditos, apenas uma colaboradora recordou esse momento, porém, sem referir qualquer ação que remetesse ao planejamento ou à implementação de cuidados de enfermagem individual, seguindo a lógica da SAEP. No entanto, relatou, de forma clara, a presença da enfermeira ali ao lado dela, ajudando a superar situações estressantes.

[...] tinha o primeiro aviso que ia suspender a cirurgia, eu já estava sentada na mesa de cirurgia, [...] Eu não fiquei nervosa não! Eu fiquei calma, porque todos que estavam ali perto de mim, a enfermeira, a circulante, a anestesista, a Dr. S. tiveram muita atenção comigo[...] D (11).

Essa ausência de referência pelos colaboradores quanto aos cuidados de enfermagem, nesse período, pode estar indicando que as enfermeiras, nessa instituição, talvez não em sua totalidade, estão concentrando seu trabalho no atendimento às prioridades institucionais. É possível imaginar, também, que, mesmo inconscientemente, essa mudança do foco de atenção esteja afastando-as do cuidado aos clientes, em sala de cirurgia.

Castellanos (1978, apud LEITE, 2002), afirma que o enfermeiro do centro cirúrgico precisa reconhecer em si um profissional que é responsável pela sua prática; ele precisa se livrar do papel meramente técnico e integrar-se no cuidado total do cliente cirúrgico. A autora faz menção de que, em raras ocasiões, o cliente encontra-se tão dependente do seu semelhante, no que tange a sua segurança e bem-estar, como no período anestésico-cirúrgico do seu tratamento e assistência hospitalar.

Durante a minha prática profissional, fui, muitas vezes, surpreendida por atitudes que me afastavam, a todo o momento, do cuidado direto aos pacientes: as rotinas hospitalares, a falta de apoio técnico de qualidade, os problemas administrativos, dentre outros, foram, em algumas circunstâncias, impeditivos da minha ação de cuidado direto ao paciente. Recordo-me, muitas vezes, de que tive que deixar o cliente, que estava sob os meus cuidados, na sala de cirurgia, para decidir problemas burocráticos, pelo telefone, para atender e resolver problemas de ordem gerencial.

Sendo assim, mesmo não podendo afirmar, acredito que todo esse emaranhado de problemas burocráticos administrativos por resolver, no momento da cirurgia, estejam, de certa forma, distanciando os enfermeiros e, também, outros membros da equipe de enfermagem, do cuidar e do cuidado aos clientes cirúrgicos na sala de cirurgia. Isso demanda urgência na redefinição de papéis da(o) enfermeira(o) e sua equipe no centro cirúrgico, e evidencia a necessidade de se implantar a sistematização como guia, para a execução do cuidar e cuidado direto ao cliente, durante a sua permanência no centro cirúrgico.

A visita pós-operatória de enfermagem é uma ferramenta para avaliação do cuidado sistematizado a esses clientes, porém não houve possibilidade de analisá-la como cuidado nessa instituição, por não estar, ainda, implementada como prática sistematizada junto aos colaboradores que vivenciaram a experiência cirúrgica.

Os cuidados pós-operatórios prestados na unidade de internação e na UTI concretizam a continuidade do cuidado de enfermagem, sendo expressos por alguns dos colaboradores como ações técnicas, orientações, apoio e presença, o que contribui, efetivamente, para uma vivência pós-cirúrgica positiva.

Depois, até hoje, graças a Deus está bom, porque toda hora as enfermeiras estão aqui me dando remédio. Para mim, graças a Deus, todas são boas, não tenho o que dizer de nenhuma [...] D(03)

Eu cheguei ontem à tarde. Ai quando eles me trouxeram para cá [enfermaria], já tinha gente aqui, meu marido já estava aqui, mas eu não podia conversar muito, que elas falaram, as enfermeiras falaram que eu não podia conversar muito [...] porque senão ia entrar ar e eu ia ficar cheia de gases. D(02)

Todos (todos os profissioanis), inclusive até o próprio cirurgião, depois da cirurgia ele veio me ver. Eu tenho uma amiga particular que trabalha aqui e tudo, ela também é enfermeira em Mata (cidade de origem da colaboradora). Todos me dão apoio [...] D(10)

O cuidado de enfermagem, no pós-operatório, foi percebido como uma soma entre cuidados técnicos, presença e atenção que fizeram grande diferença no modo como a colaboradora experienciou esse momento novo e, num ambiente estranho e ameaçador como o da Unidade de Tratamento Intensivo. O relato confirma que o cuidado causador de contentamento e satisfação do paciente não é aquele exclusivamente técnico, mas aquele permeado de doses generosas de presença e atenção.

Continuei tendo um bom atendimento, todos os enfermeiros e médicos estavam perto, me trataram maravilhosamente bem. Fui para a UTI, um lugar que só tinha ido como visita, nunca como paciente, ai o choque foi maio. [...] Mas, lá dentro, foi assim... de enfermeiros a auxiliares foram maravilhosos também, todo momento que eu precisei estavam perto de mim [...] em todos os momentos, olhavam a minha temperatura, verificavam todos os meus sinais vitais [...] e foi tudo bem, não tive medo nenhum não. D(11)

Acredito que o cuidado de enfermagem, necessário para tornar a experiência cirúrgica mais tranqüila e menos sofrida, deve ser anterior a qualquer modelo de cuidado que se estabelece de forma particular, por cada profissional cuidador. O formato do cuidar e do cuidado de enfermagem deve ser exclusivo, não no que tange à unilateralidade ou à forma institucionalizada desse cuidado, mas na percepção dos cuidadores de que este se concretiza e

deve tomar forma a partir da individualidade da pessoa que necessita de cuidados e, com quem os profissionais se comprometem de cuidar.

5.2 CATEGORIA 2- SIGNIFICADOS DE CUIDAR E DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR PACIENTES QUE VIVENCIARAM O PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIAS GERAIS ELETIVAS.

5.2.1 SUBCATEGORIA 1- CUIDADO É A IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS.

Ao considerar a evolução histórica do cuidar no cotidiano da enfermagem, fica evidente que o cuidar e os cuidados estão presentes na natureza do *ser* humano, como já discutido por autores como Waldow (1998, 2004), Boff (1999). Para esses autores, todo cuidado, quando manifesto, se dirige de alguém que cuida para um *ser* que é cuidado. O cuidado humano se reveste da pluralidade e da intersubjetividade humana que permitem ampliar e dar um sentido ao ato de cuidar.

Sob o ponto de vista biologicista, o cuidado pode ser entendido apenas como ato de realizar uma tarefa técnica com vistas a solucionar um problema pontual. Waldow (2001), acrescenta que o *ser* que cuida, ao realizar uma atividade puramente técnica, sem estar presente de corpo, mente e espírito, não está realmente cuidando e, sim, realizando um procedimento. Com esse agir, o cliente torna-se um objeto de manipulação do cuidado.

Algumas das lembranças expressas, pelos colaboradores sobre o cuidado de enfermagem recebido durante o período de pré-operatório retratam a preocupação sistemática dos cuidadores com os aspectos técnicos relacionadas ao procedimento cirúrgico e ao preparo dos clientes no pré-operatório.

Eu me lembro que, quando eu entrei aqui, uma semana depois que eu entrei, foi me preparando, fazendo isso e aquilo outro, foi fazendo os exames[...] D (01).

Toda hora, eles vêm aqui me examinar, tirar a minha pressão, bastante coisa, faz muita pergunta à gente[...] vendo aqui o pulso[...] tem vários exames antes de fazer essa operação[...] Eu sei que, antes da cirurgia, eles perguntaram bastante sobre mim: se eu tinha alguma doença, se eu bebia, se eu fumava, se eu era viciada[...] D(02).

Os relatos acima parecem denotar os passos de um cuidado alicerçado em normas e protocolos da instituição, dando-nos uma falsa idéia de cuidado sistematizado e integral. O que despertou minha atenção foi o cuidado intermediado por equipamentos. O agir dos profissionais concretizou-se num cuidado que guarda influência da concepção cartesiana da medicina.

Essa concepção transformou o homem em minúsculas partes que sofreram progressiva especialização, reduzindo a visão de homem a um limitado e finito domínio técnico, a um sistema mecânico constituído por objetos separados sem qualquer relação entre si. (CAPRA, 1995).

A concepção cartesiana da natureza infiltrou-se no íntimo dos seres humanos e seus reflexos são sentidos até os dias atuais, na enfermagem. Assim, legitimou-se um cuidado fragmentado, priorizando o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias em detrimento da presença da pessoa humana. "Esse fato repercute negativamente na enfermagem, pois instalou-se uma interminável confusão acerca da relação corpo-mente-espírito prejudicando a integralidade da assistência de enfermagem." (HUF, 2002, p. 17).

Algumas falas parecem retratar esse cuidado de enfermagem no pré e pós-operatório, que se concretiza como um misto de cuidado institucionalizado, permeado pelo cuidado à pessoa humana como pode ser visto nos trechos dos depoimentos a seguir.

[...] além dos cuidados com sinais vitais, medicação, dos outros procedimentos como próprios do paciente cirúrgico, como é o meu caso; à parte também da compreensão e afeto. D(11)

Em primeiro lugar, elas (auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiras) têm que dar atenção à gente, dar atenção e ter cuidados assim a roupa trocar... é trocar o lençol da gente, me ajudaram a ir ao banheiro. D(02)

O cuidado de enfermagem valoriza-se e concretiza-se para os colaboradores, também, através de cuidados como o preparo da pele para a cirurgia e cuidados higiênicos no pré e pós-operatórios, tal como é referenciado nos trechos seguintes.

[...] as meninas me encaminharam para tomar banho, me perguntaram se eu tinha pêlos no abdômen, me tranquilizara[...]. D(11)

[...] depois da cirurgia, eu fui tratada igual a uma princesa, tomo banho no leito, as meninas me dão o banho muito bem dado, as minhas partes íntimas, penteiam o meu

cabelo. Muito bem mesmo, melhor do que em casa. Eu nunca fui tratada assim[...] D(05).

Neste momento, considero relevante pontuar que as instituições hospitalares constituem um ambiente de cuidado em que a disciplina e o rigor na realização de tarefas acabam por exigir dos profissionais o cumprimento de papéis pré-estabelecidos e que, muitas vezes, esse papel faz com que se distanciem do cuidado individual baseado no que sentem os clientes na condição de perioperatório. No entanto, não podemos desmerecer a importância do cuidado técnico nem a disciplina hospitalar mas precisamos ressaltar que estes não devem ser a finalidade de tudo, nem ser um comportamento inflexível. Deve haver uma harmonia entre eles e não se pode perder nunca de vista que tudo deve ser feito em prol do cliente, portanto, tudo deve ser voltado para a sua especificidade.

Penso, no entanto, que a experiência de estar do outro lado do cuidado, não mais como cuidador, mas como pessoa cuidada, pode revelar aos profissionais de enfermagem a sua fragilidade como ser humano e a necessidade de levarem em conta os sentimentos e comportamentos daqueles que irão se submeter ao ato cirúrgico e, por conseqüência, aos cuidados de enfermagem.

A inferência acima pode ser encontrada de forma mais concreta nos resultados da dissertação de Carvalho (1998) intitulada “As enfermeiras submetidas à cirurgia: a imagem refletida no espelho do cuidar”. Esse estudo se propôs a investigar as representações do cuidar de enfermagem para enfermeira(o)s submetidas a cirurgias, assim como o seu comportamento e seus sentimentos frente à experiência vivida. O estudo concluiu, dentre outras coisas, que a vivência de ser cliente cirúrgico, mesmo em se tratando de enfermeiras e até algumas já tendo desenvolvido cuidados a pacientes em perioperatório, traz à tona sentimentos e comportamentos que são comuns ao ser humano ao deparar-se com a situação de se submeter ao procedimento cirúrgico.

A referida autora assevera que não foi possível afirmar se a experiência mudou o comportamento prático dessas profissionais, porém deixa claro que as situações vividas fizeram a ambos, enfermeiras e pacientes, refletirem sobre a forma de cuidar e do cuidado dos pacientes nesta condição.

Nesse sentido, acredito que alguns colaboradores deste estudo, também, têm refletido sobre as formas de cuidados desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, e suas falas expressam a insatisfação com um cuidado que não é o desejado durante a sua experiência perioperatória.

Para ser sincera, o cuidado que me foi prestado há dois anos atrás foram bem melhores do que dessa vez, e foi nesse mesmo hospital, faltou mais atenção. Eu conheci a sala toda de cirurgia; os equipamentos, a enfermeira que me mostrou. Me entrevistou, me deu a maior atenção, me deixou mais tranqüila [...]. Dessa vez, eu fiquei com receio (a enfermagem no centro cirúrgico), não gostei muito não, o pessoal não dá mais tanta atenção como dava antes [...] D(12)

Para mim, cuidado de enfermagem é cuidar das pessoas, entendeu? Porque as pessoas estão ali precisando de um pouquinho de atenção, porque nem todos os enfermeiros dá uma atenção assim especial. Mas tem deles que gostam de sua profissão, então acho assim [...]: se na hora que estiver sentindo dor e ele for acionado, que ele esteja presente. D(07)

A expressão da percepção sobre o cuidado que se apresentou de forma diferente em duas ocasiões específicas vivenciadas pela primeira colaboradora (D12) reforça a discussão de que o(a) enfermeiro(a) pode estar dirigindo suas energias para atividades gerenciais e para o simples cumprimento de normas e rotinas das instituições, relegando a segundo plano a preocupação com o cuidado direto aos clientes.

Não foi possível definir o que determinou essa dualidade no cuidado, no entanto, arrisco-me a inferir que situações inerentes ao processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) e ou da equipe de enfermagem, no dia específico da cirurgia, assim como a concepção particular desses profissionais sobre o sentido de cuidar e de cuidado sejam, talvez, os aspectos definidores desse processo.

Refletindo sobre os resultados da pesquisa de Carvalho (1998), que trata da participação do cliente no processo decisório, somando-se aos esclarecimentos sobre o processo terapêutico desenvolvido pela equipe de enfermagem e tendo como facilitador a condição do paciente ser enfermeira, acredito que isso colaborou de forma positiva na trajetória de cuidado e, principalmente, na aceitação de procedimentos invasivos por parte desses clientes.

Da mesma forma, neste estudo, as necessidades de orientação e esclarecimentos, também, se fizeram presentes durante o pré-operatório de uma das colaboradoras do estudo, no entanto, os apelos não foram atendidos, gerando insatisfação e - quem sabe? - indignação. Esse sentimento neste caso, teve origem na maneira como a atenção foi prestada pela equipe no preparo emocional.

Eu acho que deveria preparar o psicológico, não é? Preparar de que forma? Porque não são todas as pessoas que têm a mente aberta. Às vezes, você tem dúvidas e não tem quem tire[...] D(12).

Diante desse contexto, recordo-me da minha vivência, muito próxima, com os cirurgiões e, até mesmo, com a equipe de enfermagem, que, por vezes, restringiam os conhecimentos do cliente cirúrgico em relação à inexorabilidade de sua cirurgia e ao preparo do corpo no período do pré-operatório, deixando de lado necessidades, muitas vezes, visíveis e faladas e tantos outros aspectos que interessam ao paciente como ser humano e que fazem a grande diferença durante a sua experiência cirúrgica.

Através dos trechos dos depoimentos analisados, nota-se a necessidade de enfermeiras e de outros profissionais refletirem sobre a importância de entender e considerar, no processo de cuidado desses colaboradores, também, as dimensões afetivas, culturais e psicológicas que envolvem as pessoas na condição perioperatória, visto que só a partir disso os profissionais que atuam nas unidades cirúrgicas e centro cirúrgico estarão colocando em prática um cuidado humanizado e holístico, como tem sido proposto atualmente pela profissão de enfermagem.

5.2.2 SUBCATEGORIA 2- O CUIDAR E O CUIDADO SE ESTABELECEM NAS RELAÇÕES ENTRE PACIENTE E EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Compreender o significado de cuidar das pessoas em perioperatório envolve considerar aspectos que são parte da construção social e pessoal dessas pessoas, assim como da especificidade dos cuidados complexos, que são próprios da experiência dos clientes em condição perioperatória. Todos esses aspectos revelaram-se, neste estudo, nas relações estabelecidas entre pacientes e equipe de enfermagem.

Assim, pude perceber o cuidado a esses colaboradores sob a perspectiva da qual nos fala Watson (1985), em que o trabalho da enfermagem despertou para os aspectos humano e holístico, preocupando-se de forma concreta com o espiritual, com a consciência, com a interação, com a auto-estima, com o auto-respeito dentro das relações de cuidado, que se apresentaram neste estudo.

Destacaram-se, nos depoimentos a seguir, alguns componentes identificados como cuidado de enfermagem e que se revelaram como amor, carinho, atenção, apoio e auto-estima,

que ainda é incipiente, nesse contexto do ambiente investigado, mas que, sem dúvida, tem-se revelado de alguma forma, pelo menos na perspectiva ou reconhecimento de alguns dos colaboradores.

*Eu estou sendo muito bem assistida por todos. As pessoas chegam, dão bom dia, tentam levantar a minha auto-estima, perguntam se quer isso, se quer aquilo, sabe?
D(10)*

Eu acho que cuidado de enfermagem é...se resume em amor, carinho, é amor, é carinho, atenção, compreensão que você passe para o paciente D(12)

*[...] tiveram muita atenção comigo, me tranquilizaram bastante, ficaram conversando bastante comigo; até se eu ficasse com o semblante meio caído, eles começavam a conversar para eu ficar bem animada e eu me senti muito bem [...]
D(11).*

A satisfação relatada nestes trechos expressa o sentido que a presença e o agir da equipe de enfermagem, no perioperatório, demonstrou ser possível estabelecer relações cuidativas e se entregar por inteiro nas ações, o que pode significar dedicação e respeito à pessoa cuidada. Ao aproximar-se e dar bom-dia, ao conversar, ao disponibilizar tempo para a atenção, carinho e para a troca de idéias foram definidores de um cuidado consciente, humanizado e representativo para esses colaboradores.

Pensar sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem nos faz mergulhar em termos e frases do senso comum e refletir sobre as considerações feitas por cientistas que estudam a temática, a buscar, incessantemente, uma representação sobre o cuidar e o cuidado que seja universal, o que nem sempre é possível.

Entendendo que o objetivo e a essência do trabalho da enfermagem é o próprio cuidar e cuidado, em si mesmos, e que se aproximar de sua definição é crucial para o entendimento do seu significado, trago o que Coelho (1996, p.8), definiu como cuidar e cuidado:

Cuidar como processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas; enquanto que cuidado é a ação imediata, prestada pela enfermeira ou algum elemento de sua equipe, que implica tempo, movimento de ação de cuidar com segurança, aliada à tecnologia que a situação exige.

O processo de cuidar e do cuidado dos clientes, na condição de perioperatório, revela significados atribuídos aos cuidados desenvolvidos durante essa fase. Para os colaboradores, o cuidado de enfermagem, enquanto presença, significa atenção, precaução, proximidade e resposta a um chamado.

Os cuidados de enfermagem são todas aquelas coisas para não acontecer, aquelas conseqüências [...] não se tornar um caso mais ...assim duvidoso. Aquela presença sempre perguntando: o que é isso? [...] está sentindo isso, o que não está? D(01)

Tem uma enfermeira, entendeu [...], ela foi muito atenciosa, excelente [...] toda vez que eu acionava, ela estava presente. D(07)

Nos trechos desses depoimentos, o sentido do cuidado de enfermagem concretiza-se na presença dos profissionais junto ao paciente, prevendo e prevenindo acontecimentos que possam se configurar em transtornos para o seu tratamento. Estar, simplesmente, próximo ao paciente, parece conferir atenção, segurança e tranqüilidade nesse momento, que considera, difícil de sua vida.

Bishop e Scudder (1996 apud Waldow 2004), ao analisarem o cuidar da enfermagem sob o ponto de vista filosófico, afirmam que a *presença* constitui-se em uma das categorias mais importantes do cuidado. Sendo assim, a *presença terapêutica* "toma conta" do cliente, conferindo-lhe coragem e esperança. Afirmam, ainda, que uma das formas de ser presença é através da afetividade e do interesse.

Nessa perspectiva, a teoria humanística de Paterson e Zderad (1979) sustenta um cuidado que se concretiza através do diálogo, que se traduz no encontro do *ser* que cuida com o que é cuidado e, nesse encontro relacional, não há espaço unilateral para ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas, principalmente, há um encontro atitudinal. A relação se dá de sujeito a sujeito EU-TU e não de sujeito a objeto EU-ISSO.

Quando a relação se dá entre EU e TU, o diálogo é genuíno, o *ser* humano relaciona-se com o outro como uma presença considerada autêntica. O estar presente ganha o sentido de estar aberto ao outro, ser acessível, estar disponível. Essa abertura se delinea a partir de uma pessoa com necessidade. A acessibilidade tem seus esforços dirigidos para ajudar o outro. A disponibilidade significa, em última análise, que, além de estar à disposição do outro, está com ele por inteiro. (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O cuidado humano envolve responsabilidade, compromisso e envolvimento do *ser* que cuida com o *ser* que é cuidado.

Cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É o compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção de suas potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida. (WALDOW, 1998, p. 129).

Ao cuidar de pessoas na condição de perioperatório, a equipe de enfermagem deve trabalhar dando ênfase, também, ao que é subjetivo e ao que transparece do mais íntimo desses clientes. A relação de cuidado é uma construção permanente e sistemática, que se delinea ininterruptamente durante a vivência do perioperatório. Assim, se rompem as barreiras da inacessibilidade do *ser* que cuida com o *ser* que é cuidado, permitindo que o cliente compartilhe o seu cuidado e experiencie o envolvimento com o *ser* que presta cuidado.

A maioria estava aqui me dando assistência, quase todas as pessoas, todas as enfermeiras e as médicas e tudo. Eu jamais esquecerei a gratidão que tenho por eles. D(04)

Não me deixaram um só minuto sozinha[...] e quando eu estava em depressão, assim o choro, elas estavam prontas para me servir[...] quando eu sentia saudades de casa, tinha uma enfermeira[...] que sempre vinha com uma palavra amiga[...] D(05).

Nestes trechos de fala, os colaboradores parecem compreender que o cuidado da enfermagem não se restringe às tarefas técnicas, muitas vezes executadas seguindo uma ordem institucionalmente estabelecida. O pensamento traduzido pelas falas parece enxergar os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem sob outro ângulo e a partir da atitude relacional, permitindo, assim, o envolvimento afetivo com o outro e a busca de um cuidar e de um cuidado integral e humano.

Nesse contexto, o cuidado se configuraria numa "história compartilhada por alguém que permite ao outro participar da experiência através de pequenas doses de envolvimento pessoal, familiarizando-se com sentimentos situados fora de sua própria experiência pessoal".(PEREIRA; GALPERIN, 1995, p.139).

Os profissionais de enfermagem, ao desenvolver um cuidado relacional, abrem um leque de possibilidades para que o *ser* cuidado cresça, desenvolva suas potencialidades, expresse seus medos e angústias. Isso permite aos cuidadores, a oportunidade de desenvolver

um cuidado sob uma nova perspectiva em que a confiança seja o ponto de partida para cuidar do outro em sua totalidade, abandonando, assim, a prática de um cuidado fragmentado que reduz o ser humano à soma das partes.

Partindo dessa abordagem, podemos compreender o cuidar e o cuidado de enfermagem como uma experiência vivida e compartilhada por seres humanos num ambiente de cuidado onde se busca uma relação bilateral entre o cliente e o profissional. O cuidado não se encerra numa soma total de tarefas a cumprir ou na objetividade racional de sua organização. Os profissionais de enfermagem acham-se preocupados com o estado peculiar do indivíduo e com sua luta, na busca incessante e constante de estar melhor. Sob esta ótica, o agir dos profissionais de enfermagem focaliza o indivíduo em sua totalidade, considerando além das categorias das partes. (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Analisando sob o ponto de vista de Roach (1993, apud Waldow, 2004), a enfermagem não é nem mais, nem menos, do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar através da aquisição e ampliação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos pela profissão. A capacidade de desenvolver cuidados está enraizada na natureza humana e é percebida nas falas a seguir.

O cuidado da enfermagem é o coração da pessoa, eu creio que seja isso um coração humano. D(04)

[...] o que eu tenho para falar dos profissionais, pelo menos os que estiveram aqui presentes, que continuem assim essas pessoas humanas e maravilhosas que são; e que sempre dê atenção [...] D(07).

Ao adentrar na instituição hospitalar, o cliente já sabe que se submeterá a um procedimento cirúrgico, todavia, ele expressa as incertezas que estão ligadas ao ato cirúrgico, propriamente dito, ao prognóstico pós-cirúrgico e às possíveis complicações inerentes ao procedimento.

No momento em que a internação deixa de fazer parte do imaginário do cliente e se concretiza aos olhos deste, inicia-se uma “cascata” de modificações biopsicoespirituais que necessita ser identificadas e compreendidas pela equipe de saúde, que interage de forma cuidativa com esses clientes. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem desempenhar um cuidado responsável orientado pelas normas e rotinas da instituição, mas sem perder o foco do que há de humano no cuidado.

A equipe de enfermagem, ao se preocupar com o *ser* cliente internado numa instituição hospitalar, ajuda-o direta ou indiretamente no enfrentamento dessa experiência que é ímpar na sua vida.

O cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem garante o conforto físico e mental, o desenvolvimento de sua capacidade para enfrentar o desconhecido e superar os obstáculos próprios da situação cirúrgica. A relação de cuidado construída a partir de uma linguagem única favorece a aproximação do cuidador com o ser cuidado, permitindo a construção do cuidar compartilhado, através da intersubjetividade, em busca do ideal de cuidado individual.

O cuidado valoriza-se pela presença humana da(o) enfermeira(o) e de sua equipe na intersubjetividade das relações ao abordar, de maneira individual e particular, as experiências subjetivas do cliente, aí envolvidas.

A importância e o valor dado aos clientes pelas equipes de enfermagem e de anestesia, durante a condição de perioperatório, concretizam-se no discurso dos colaboradores, pela disponibilidade de estar próximo deles, de confortá-los, de desenvolver cuidados específicos do preparo pré-operatório e de orientá-los quanto aos procedimentos a serem realizados no trans-operatório. O cuidado ganha, dessa forma, outros sentidos revelados nos trechos a seguir:

Muitos deles não podiam me ver quietinha, que queria saber o que eu tinha. Então eu considero o atendimento de enfermagem como um conjunto infinito, além dos cuidados com os sinais vitais, medicações, dos outros procedimentos como próprios do paciente cirúrgico, que é o meu caso, a parte também da compreensão e afeto. Para mim é tudo isso. D(11)

Eu fico devendo muito favor ao anestesista[...] me tratou muito bem, falou que ia ser assim e tal, e eu fiquei contente de qualquer jeito. D(04)

O agir dos profissionais no perioperatório faz emergir os significados de disponibilidade e pré-ocupação com os clientes na unidade. Apesar de serem valores, também, revelados em atitudes de outros profissionais, a atitude da(o) enfermeira(o), do anesthesiologista e de auxiliares de enfermagem chama a atenção dos colaboradores quanto à responsabilidade e preocupação com eles.

Aprofundando a reflexão sobre as responsabilidades dos profissionais de enfermagem no cuidar e nos cuidados, Waldow (1995) chama a atenção para um cuidar/cuidado responsivo, que pode ser caracterizado como aquele que “é evocado em resposta a alguém ou

a alguma coisa a quem ou à qual se atribui uma importância e que representa um valor”.(p.17).

Ao desenvolvermos o cuidar e o cuidado junto aos clientes em condição de perioperatório, nós precisamos fazê-lo, considerando uma relação de valor entre dois sujeitos, o ser que desenvolve o cuidado e aquele para o qual esse cuidado é de sua responsabilidade. Desse modo, a relação responsável, no processo de cuidar e no cuidado de enfermagem, constrói-se de forma intersubjetiva, consciente e numa perspectiva em que os dois sujeitos encontram, dentro do espaço de relações, uma outra dimensão do cuidado.

Ainda no contexto da vivência dos clientes cirúrgicos o valor do cuidado relacional ganhou significados especiais como atenção e amor e, estes, se revelaram na imagem formada pelos colaboradores.

[...] cuidado melhor que as pessoas têm que ter porque a pessoa passa por uma cirurgia muito... muito delicada e tem que ter um cuidado, uma atenção maior[...].
D(06)

Em primeiro lugar, ele tem que dar atenção à gente, dar atenção e ter cuidados[...].
D(02)

A atenção só se faz ver e sentir quando já existe uma estreita relação entre as partes, em que a proximidade com o ser cuidador permita ao *ser* cuidado expressar o que há de mais íntimo em sua alma.

Como nos falam Fish e Shelley (1988 apud HUF 2002, p.100) “se a um paciente é permitido verbalizar sentimentos, um laço de confiança comumente se estabelece com a(o) enfermeira(o) que dedica tempo para ouvi-lo. Frequentemente, sentimentos expressados originar-se-ão de necessidades de sentido, amor e perdão”.

O cuidado de enfermagem é percebido, também, como um aprendizado, uma lição de vida, uma resposta a um chamado de um ser que é humano, e, por isso mesmo, é capaz de aprender, de se desenvolver e de se modificar a partir de uma relação afetiva de cuidado.

*Agradecer[...] a Deus por tudo aquilo que ele me permitiu passar [...] dizer que passei com dificuldade, mas passei, mas passei feliz e aqui dentro eu aprendi muito mais coisa ainda, que nós seres humanos não temos que só lembrar de nós, e sim mais dos outros, principalmente na área de saúde, que é onde os pacientes ficam aqui só expostos aos cuidados[...], mas que cada um deles enfermeira(o)s, serviços gerais se dediquem a eles (outros pacientes) como dedicaram a mim[...]*D(11).

O que tenho para falar dos profissionais, pelo menos os que estiveram aqui presentes é, que continuem assim essas pessoas humanas e maravilhosas [...] e que sempre dê atenção [...] e que os outros possam seguir também o exemplo deles.
D(07)

O cuidado foi verbalizado como um aprendizado individualizado, numa perspectiva daquele que se torna objeto do cuidar e cria expectativa de que a dedicação e atenção sejam possíveis para todos aqueles que necessitam receber os cuidados da equipe de enfermagem.

O cuidado de excelência qualifica nossos relacionamentos com o mundo à nossa volta e com aqueles com quem nos relacionamos. A partir daí, acredita-se que o mais importante é que ele permite ao outro se desenvolver e se modificar.

Huf (2002), considera o homem como um ser único, sem precedentes e sem repetição, cuja humanidade o diferencia dos outros animais - o humano, aqui descrito, encerra noções de racionalidade: capacidade de modificar e ser modificado; aptidão de antecipar condutas e de elegê-las, de afetividade consciente e de comunicação.

Nessa perspectiva, o cuidado se constrói no dia-a-dia, na responsabilização com o outro, na possibilidade de crescimento individual e coletivo, na valorização do modo particular de existir no mundo e de uma afetividade consciente.

Depreende-se destas reflexões que os clientes, meus colaboradores, parecem reconhecer que o real valor do cuidar e do cuidado de enfermagem não se encerra no cumprimento de tarefas pré-estabelecidas pelas normas das instituições hospitalares, que teimam em transformar o cuidado ao paciente em algo tecnologizado e massificante. Eles passaram a valorizar a presença humana da enfermeira e dos elementos da equipe e o que há de intersubjetivo no cuidar e no cuidado. Expressaram sentir a necessidade de um cuidado individual que seja intuitivo, sensível e que valorize a sua experiência particular da vivência do processo cirúrgico eletivo.

5.2.3 SUBCATEGORIA 3- O CUIDAR E O CUIDADO SIGNIFICAM COMUNICAR-SE

Ao iniciar a análise desta subcategoria, parto do entendimento de que uma comunicação efetiva é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de cuidado, que se inicia a partir do profissional que cuida para e com o *ser* de cuidado. As clientes em

condição de perioperatório projetam, através de seus sentimentos, a necessidade da comunicação cujo objetivo maior é passar por essa experiência de forma mais tranqüila.

Para Brunner e Suddarth (1991), a ansiedade pré-operatória é uma resposta que se antecipa a algum acontecimento que o paciente pode considerar "ameaçador ao seu modo particular de viver, a sua integridade corporal ou mesmo a sua própria vida". (p.344).

O medo pode ser definido como um estado emocional de alerta ante o perigo, caracterizado por um conhecimento intelectual e/ou intuitivo do mesmo, com sensação psicológica. Assim, pensando no perioperatório, concordo com o autor, ao referir-se que o medo é uma resposta de alerta ante um perigo já conhecido, em experiência anterior própria ou de outro ou que faz parte do repertório de defesa da espécie, portanto, não aprendido. (CPPAM, 2006).

Davidoff (1983), discutindo sobre o medo, do ponto de vista da psicologia, descreve-o como um condicionamento respondente que é muitas vezes indireto. Isso quer dizer:

...que não é necessário ter experiências assustadoras com estímulos neutros para que se adquira medo delas. Uma vez que somos criaturas cognitivas, muitas vezes nos assustamos com o que imaginamos. Por isso alguns medos humanos parecem estabelecidos dessa maneira indireta através da participação imaginada. (p.168).

Souza (1997), em estudo realizado sobre estressores pré-cirúrgicos, encontrou a ansiedade e o medo presentes, respectivamente, em 100% e 60% dos pacientes pesquisados, considerando estes sentimentos como estressores pré-cirúrgicos muito importantes para os pacientes em condição de perioperatório. Mesmo não tendo sido objetivo deste estudo quantificar esses sentimentos nos colaboradores, minha prática profissional como enfermeira de perioperatório, cuidando dos mais diversos tipos de clientes cirúrgicos, de faixas etárias, distintas e com as mais variadas patologias, têm-me revelado que, sentimentos como a ansiedade e o medo podem ser minimizados através da atenção e da orientação em relação ao procedimento cirúrgico e ao ambiente do centro cirúrgico. Este ambiente para muitos clientes é completamente estranho e ameaçador.

Os colaboradores referenciaram o cuidado como uma relação em que os clientes se sentem amparados e seguros, porque têm apoio e respostas para seus anseios. Nessa perspectiva, sentimentos negativos são minimizados. As falas que seguem demonstram claramente que a comunicação, através da orientação/informação e atenção, têm um valor

significativo no cuidado de enfermagem, expressos no processo de comunicação, estabelecido entre os pacientes do estudo e a equipe de atendimento perioperatório.

[...] os profissionais são tão legais, na realidade, que não deixa nem com que a gente venha a temer com nada, conversaram comigo direito, tiraram o suspense de mim, não me deixaram nervosa, para mim foi ótimo[...]. D(08)

A minha experiência é que, quando eu entrei, eu entrei com muito medo, aí eu perguntava a elas, as enfermeiras, como é que ia ser o corte, se ia doer, elas sempre respondiam; quando não sabiam elas falavam que não podia responder e foi isso.D (02)

Retomando os sentimentos apresentados por esses colaboradores, reafirmo que, independente da gravidade da patologia e/ou da complexidade e risco reais do procedimento cirúrgico e das certezas ou incertezas do prognóstico, as pessoas podem reagir de forma particular e única. Esta afirmação pode ser respaldada por WEISS (apud SECHEHAYE, 1985) quando refere que "para a maioria dos pacientes, a perspectiva de submeter-se a uma intervenção representa uma ameaça maior capaz de provocar reações psicológicas desproporcionais quando relacionados aos riscos reais".

Analisando, sob outro ponto de vista, a afirmação deste autor sobre a proporcionalidade da reação versus os riscos reais, posso inferir que essa proporcionalidade se torna relativa quando os profissionais desenvolvem um cuidado sistematizado, centrado nas necessidades reais apresentadas pelos clientes e utilizando-se de um processo de comunicação eficiente. Assim, alargaria a linha tênue que existe entre o que é desconhecido e gera medo, insegurança e ansiedade e o que é conhecido, que gera satisfação, tranquilidade e bem-estar.

Alguns dos colaboradores expressaram que a comunicação e o tempo dispensado por esses profissionais à escuta na sala de espera, momentos antes do seu encaminhamento para a sala de cirurgia, teve um significado positivo de cuidado e permitiu um enfrentamento mais tranquilo da experiência cirúrgica.

[...] depois fui para a sala de espera onde tinha uma duas auxiliares de enfermagem, juntamente com outra paciente, e lá conversaram bastante comigo, me descontraíram bastante[...].No momento que eu entrei [no centro-cirúrgico] me deu um pouquinho de medo mis depois, quando eu cheguei na sala de espera eu me tranqüilizei e fiquei tranqüila. D(11)

Quando eu cheguei foi com Dr P. para a cirurgia, ela me deixou esperando numa sala, aí veio uma enfermeira me entrevistar, me entrevistou, depois veio o anestesista me entrevistou e saiu e veio outra (enfermeira) para ficar junto comigo

porque eu estava muito nervosa, e ficou lá me explicando como era a cirurgia, que eu não tinha motivo para ficar nervosa, lá (centro cirúrgico) eu fui bem tratada também e fiquei bem. D(07)

Em estudo exploratório sobre a influência do relacionamento da(o) enfermeira(o) e do médico, com o cliente cirúrgico, segundo percepção deste para o seu estado psico-emocional, Trindade (1977) explorou fatores da comunicação que influenciavam no relacionamento da equipe de saúde com o cliente na fase pré-operatória, bem como o nível de interferência desta para o equilíbrio psico-emocional do cliente. Em sua análise, ela conseguiu demonstrar que o bom relacionamento e a efetiva comunicação atuam como moderadores no ajustamento do estado psico-emocional, que se encontra vulnerável, quando o cliente está na condição de pré-operatório. Por fim, a autora afirma que a equipe de saúde pode minimizar as emoções negativas do cliente frente à cirurgia e suas conseqüências através de um relacionamento tridimensional, enfermeira-cliente-médico intervindo e considerando as necessidades emocionais básicas do cliente, tais como: afeto, confiança e amizade. Estes elementos seriam, para a autora, fundamentais para o equilíbrio psico-emocional do cliente na fase pré-operatória.

A importância de um relacionamento e de uma comunicação efetiva, durante o processo terapêutico dos clientes na condição perioperatória, foram relatadas a partir do entendimento que elas possuem do cuidado recebido durante a experiência vivida com a cirurgia eletiva, voltadas para aspectos psicológicos e da comunicação em ações de aconselhamento, carinho e atenção.

Para mim o cuidado de enfermagem envolve várias coisas[...] além dos procedimentos de enfermagem também tem aquela parte psicológica[...] Elas conversam, elas aconselham, elas vêm quando a gente está triste, é o nosso amigo naquele momento[...]. D (11).

[...] ela me dava atenção, ficava conversando comigo, dizia: na hora da cirurgia mantenha a calma, a tranquilidade. E, para mim, é isso {o cuidado}, o carinho deles para comigo sem distinção de cor. D(05)

O cuidado para esses colaboradores revela-se na compreensão ampliada que eles têm sobre o que é cuidado. Significa a soma de esforços com o intuito de permitir ao *ser* de cuidado e ao ser cuidador comunicar-se, principalmente, na intencionalidade de um cuidado, que é consciente e se mostra superando as barreiras impostas pelas variadas formas

discriminatórias de *estar no mundo* com o outro. Nesta perspectiva e, através do processo de comunicação, a enfermagem utiliza-se da neutralidade, que é necessária para o cuidado do outro de forma holística.

5.2.4 SUBCATEGORIA 4- RECONHECENDO ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDAR E DO CUIDADO NO PERIOPERATÓRIO

Ao prestar o cuidado ao cliente em condição de perioperatório, os profissionais de saúde desenvolvem-no com a responsabilidade de proteger e assegurar a integridade física e moral, o que se efetua através do cumprimento dos deveres que lhe são imputados pelo código de ética da profissão e reforçados, na prática, pela garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Refletindo sobre essa afirmação e transportando-a para a vivência de cuidado dos clientes em perioperatório, entendo que é dever profissional, assim como é expectativa do cliente, que os profissionais de enfermagem respeitem seus direitos no curso do desenvolvimento do cuidar e do cuidado.

O cuidar não se limita apenas ao cuidado direto com o corpo, mas considera todos os aspectos que são traduzidos como cuidado humano. Entenda-se que esta é uma contradição tendo em vista que deveria estar implícito que o cuidado profissional prescinde ações humanizadas. Se assim não o fosse, estaríamos vivenciando o exercício profissional em condições de descompromisso com o cuidado, infringindo o código de ética da profissão e ferindo o exercício profissional. Nesse sentido, entendo que é através do compromisso ético-profissional que se torna possível identificar o engajamento dos profissionais de enfermagem com o cuidar e o cuidado.

Para adentrar neste campo pareceu-me necessário trazer a definição de ética como o campo da filosofia que estuda aspectos ligados à moral das relações humanas, contextualizando, dessa forma, as relações entre os profissionais e os pacientes. (ANTONIO; FERNANDES, 2000).

A ética, também, “refere-se ao estudo filosófico da moralidade, em que alguém apóia, na teoria formal, regras, princípios ou códigos de conduta para determinar o curso certo da ação”. (SMELTZER; BARE, 1998, p.45).

Para Fortes (1998, a), a ética é um dos mecanismos de regulação das relações sociais do ser humano com vistas a obter a garantia da coesão social e harmonização dos interesses individuais e coletivos.

No caso da ética profissional, ela é uma parte da ciência moral que não se limita a um conjunto de normas; ela procura a humanização do trabalho organizado; não se restringe a formulação de normas e sua cristalização num código de ética, mas, sim, tem como tarefa realizar uma reflexão crítica sobre todos os aspectos da atividade profissional (BARCHIFONTAINE; PESSIN, 1990).

Assim, como a ética profissional, a Bioética, como um dos mais novos campos da reflexão filosófica, está conduzindo os problemas éticos na área de saúde, sendo própria à cultura da humanidade.

A área de atuação da Bioética é bastante ampla; pois se propõe, estudar não exclusivamente os problemas éticos inerentes às ciências da vida, mas, principalmente, dar enfoque às interações da ética com a vida humana e da ciência com os valores humanos.

O termo Bioética foi utilizado pela primeira vez no início dos anos 1970, por Van Rensselaer Potter que desenvolvia pesquisa sobre câncer, na Universidade de Wisconsin, em Nova York. Vivendo em meio onde cresciam as agressões ao ambiente e onde a ameaça da destruição de vidas humanas por armas nucleares se tornava evidentes, Potter entendeu que seria necessário o surgimento de um novo campo da Ética direcionado para a defesa do homem, da sua sobrevivência e para uma melhoria na sua qualidade de vida (URBAN, 2003).

Construir uma representação universal do significado do termo Bioética é muito complexo, porque este engloba os campos da ciência Médica, da Deontologia e, por abrangência, o do Direito. Concordando com Urban (2003), a definição que mais se aproxima da ideal de acordo com o que ela se propõe foi a formulada por Reiche no ano de 1995, em sua Enciclopédia de Bioética, como: “Estudo sistemático das dimensões morais - incluindo a visão moral, as decisões, a conduta e as linhas que guiam - das ciências da vida e da saúde, como o emprego de uma variedade de metodologias éticas e uma impostação interdisciplinar”. (p. 6)

Outra definição foi elaborada em 1979 na qual o professor David Roy afirmava que a Bioética é:

O estudo interdisciplinar dos conjuntos das condições exigidas para uma administração responsável da vida humana, ou da pessoa humana, tendo em vista os

progressos rápidos e complexos do saber e das tecnologias biomédicas. (AMORIM, 2003, p.14).

Entendo, desse modo, que, no processo de cuidar do cliente em condição de perioperatório, a pessoa humana é a referência do nosso cuidar e do cuidado e que a ética é, muitas vezes, percebida como uma linha tênue que separa o que é lícito do que é ilícito. Acredito que nós profissionais de saúde devemos garantir um cuidar e um cuidado ético, estando aqui a ética representada pelo respeito a sua autonomia, pela sua liberdade, pela sua segurança e responsabilidade. Um dos colaboradores desta pesquisa, abordou a ética como uma necessidade durante o período da hospitalização e a referenciou claramente no seu discurso.

A gente vê coisas em determinados lugares, a gente sabe que é anti-ético, às vezes há descaso, mas na realidade não é o que está acontecendo. D(10)

É relevante considerar que os princípios da Bioética devem permear a conduta de todas as pessoas que convivem em comunidade, fazendo menção especial aos profissionais de saúde que devem ter condutas éticas que respeitem tais princípios, objetivando um cuidar e cuidado próximo ao ideal que é esperado pelos clientes.

Os clientes cirúrgicos, na maioria das vezes, encontram-se debilitados pela doença, vulneráveis pela falta de liberdade e autonomia a que são impostas pelas rotinas institucionais, e pela robotização dos cuidados, considerados técnicos, dos profissionais de saúde o que implica em um cuidado despersonalizado, quando deveria ser um cuidado ético. Mesmo que de forma não explícita, alguns colaboradores revelaram preocupação com a sua vulnerabilidade, perda da autonomia e proteção de si, principalmente, no centro cirúrgico, onde encontram-se dependentes exclusivamente dos profissionais que estão desempenhando o cuidado.

[...] Todos estavam cuidando bem de mim, até o momento que eu estava me sentindo, até o momento que eu estava me sentindo, eles cuidando bem de mim. D (09)

[...] pedi a Deus por tudo, me entreguei de corpo e alma e não vi mais nada. Quando eu despertei, já estava operado. D(04)

Os relatos acima apontam para uma entrega completa do cliente às atividades desenvolvidas pelos profissionais naquele momento do trans-operatório e, especificamente, no intraoperatório, após o ato anestésico. Implicitamente, os colaboradores expressam que os profissionais são os zeladores do seu bem-estar, os responsáveis pela sua segurança e, por isso, eles confiam suas vidas a estes. O cuidado, nesse momento, mais do que em qualquer outro, deve-se revestir de princípios éticos de responsabilidade, de beneficência, de não maleficência, autonomia e justiça, que se constituem em mola propulsora do êxito no cuidado perioperatório.

O princípio da responsabilidade pode ser definido como “a capacidade que possuímos de responder à vida e de assumir aquilo que fazemos no mundo, em pleno uso de nossa liberdade. Ela se impõe pela consciência humana de ser livre, e a pessoa terá de responder pelo que faz”.(GOMES, 1987, p.48).

Siqueira (2003), analisando a nova ética da responsabilidade de Hans Jonas, nos aponta um princípio de responsabilidade que “pede que se preserve a condição da existência humana, mostra a vulnerabilidade que o agir humano suscita a partir do momento em que ele se apresenta”.(p.41). Segundo a concepção de Hans Jonas, existe uma responsabilidade que os indivíduos têm consigo mesmo e esta é, pois, indissociável daquela que se deve ter com todos os demais seres vivos.

Uma colaboradora fez menção à responsabilidade depositada na competência e especialização do profissional que desenvolve o cuidado. Estar na posição de professor parece denotar uma responsabilidade maior do profissional e atribui significado de segurança técnica para a colaboradora.

Não tenho muito que reclamar não! Porque, afinal de contas, apesar de tudo, eu estou num hospital que só tem professor e a maioria deles são bons. D(12)

No que tange aos princípios da não maleficência e da beneficência, Amorim (2003), fazendo referencia a Beauchamp e Childress, define-os, respectivamente, como a obrigação de não causar danos e como a obrigação de prevenir danos, retirar danos e promover o bem. E é, também, nesse princípio que os profissionais devem alicerçar, construir e dirigir o cuidado de enfermagem perioperatória.

Quando o conceito de beneficência é transportado para áreas que desenvolvem cuidados com a saúde, significa fazer o que é melhor para o cliente não exclusivamente do ponto de vista técnico assistencial, mas também do ponto de vista ético. (KIPPER; CLOTET; LOCH, 2003)

Para cuidar de pessoas, é necessário respeitar fielmente o princípio da não-maleficência, do qual nos fala Hipócrates no seu juramento:

Aplicarei o regime para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que induza a destruição. Na casa onde eu for, entrarei apenas para o bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário, de toda sedução, e, sobretudo, dos prazeres do amor com mulheres ou com homens, quer livres, quer escravos; o que no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo. (AMORIM, 2003, p.13).

Outro princípio que carece de discussão é o princípio da autonomia que rege sobre o direito de um indivíduo ou grupo de pessoas normatizar o seu agir e o seu destino. Segundo Lepargneur (2003 p.18):

[...] a autonomia exprime a liberdade de o sujeito saber ou não saber o que diz respeito a sua saúde; exprime o poder de decidir uma intervenção terapêutica ou de recusá-la; exprime a imunidade teórica do paciente às decisões sanitárias que ele reprova; exprime o privilégio de ser o dono teórico de seu itinerário de saúde.

A autonomia ainda pode ser definida como “Princípio da liberdade” ou “Princípios pelo respeito às pessoas”, diz respeito à autonomia das pessoas, à aceitação de que as pessoas se auto governem e principalmente ressalta o benefício da proteção para as pessoas com autonomia reduzida”. (ANTONIO; FERNANDES, 2000, p.1656).

No momento especial em que os clientes se encontram sob o efeito da anestesia, no centro cirúrgico, sem domínio sobre o seu corpo, sobre seu espírito, sem a possibilidade de tomar decisões, os profissionais, diante dessa condição, tornam-se juizes de um grande jogo, cujo objetivo é um resultado positivo para o cliente. Assim, considero que no centro cirúrgico e nessa condição, o paciente encontra-se com sua autonomia reduzida, estando em completa

dependência dos seus cuidadores e é, nesse momento, que é necessário depositar confiança na equipe.

Aí a gente não está vendo nada, a gente não está vendo nada, mas a gente acredita que está com uma equipe boa, e que não só tem um médico, tem anestesista, tem enfermeira(o)s [...]. Isso tudo para que venha a correr da melhor maneira possível. D (10)

O que eu me lembro é que me botaram no quarto[...] para o lugar da cirurgia. Não tenho nada do que me queixar, principalmente daí por diante, eu não me lembro de mais nada. D(09)

[...] eu me lembro que Dr^a S. mandou eu ter muita calma, mandou eu relaxar[...] que eu ia adormecer um pouco, e depois quando eu acordasse, eu já teria me operado[...] e aí eu fiquei. D(05)

Esses trechos dos depoimentos expressam o momento em que os clientes precisam acreditar nos profissionais e buscam, de alguma forma, a garantia para o sucesso do procedimento e, principalmente, demonstram a crença e confiança na equipe que está cuidando deles durante esse momento crítico de suas vidas. Entendendo, desta forma, os colaboradores esperam atitudes éticas dos profissionais, mesmo num momento em que tudo que é dito e feito só pode ser visto por uma das partes.

Reportando-me, ainda, ao Princípio da Autonomia, considero premente que os profissionais de enfermagem reconheçam que o cliente encontra-se com sua autonomia limitada e, por isso, necessita de proteção, segurança e a concretização desta última depende do juízo moral emitido pelo profissional que cuida.

Neste momento, torna-se interessante pontuar sobre o transoperatório, período este em que os clientes estão sob o efeito da anestesia e não vivenciam conscientemente os acontecimentos desse período. As falas nas suas entrelinhas parecem referenciar um vazio deixado pela amnésia causada pela anestesia, os colaboradores se esforçam para recordar o que não é possível. O que percebo é uma sensação de total obscuridão, de coisas acontecidas, mas não ditas a esses clientes. Pensando nessa situação, acredito na importância de que, no pós-operatório, sejam os cuidadores médicos ou da equipe de enfermagem, relatem, mesmo de forma breve, os acontecimentos durante o transoperatório, para que a etapa do transoperatório faça parte da história de vida desse clientes.

O princípio de justiça, embora não tendo aparecido de forma explícita nos trechos de fala, acredito que seja necessário pontuá-lo, mesmo que brevemente, porque reconheço sua importância no cuidado dos pacientes em perioperatório. Este princípio, e o conceito a ele

atribuído são, invariavelmente dependentes, ou seja, existe uma relação entre as inúmeras concepções de justiça mas todas incluem a não distinção arbitrária entre as pessoas nos seus direitos e deveres básicos. (BRAGA FILHO, 2003)

Os Princípios Éticos apontados nos depoimentos das colaboradoras podem ser definidos como indicadores de qualidade da ação profissional, quando observados na prática do cuidar, o que reforça, também, o direito à segurança, autonomia, e à integridade física, dentre outras, que devem ser garantidos eticamente pelos profissionais e instituições de saúde.

Acredito que a ética/bioética se insere na vida quotidiana do cuidar e do cuidado da enfermagem com a importância suprema de garantir que todos os clientes que se submetem ao ato cirúrgico, seja com objetivos distintos de diagnóstico, cura, seja como ação paliativa para seus problemas de saúde, tenham seus direitos assegurados e a garantia de que nenhum mal se somará a seu estado de saúde.

A noção que se tem sobre o que é ético ensinada nas escolas, nas universidades, e nos espaços de relações sociais e profissional não deve se restringir à adesão às regras morais, mas a uma reflexão crítica do comportamento do *ser* humano em sociedade, que deve ser guiado para atingir o bem comum. Esta parece ser a essência do compromisso profissional que deve respaldar as ações da equipe de enfermagem e que pode sedimentar a condição humana implícita no cuidado de enfermagem prestado a clientes no período de perioperatório de cirurgias gerais eletivas, assim como a todos os usuários dos serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que, na minha prática profissional o cuidar e o cuidado de enfermagem ofertado e prestado a esses clientes parecem se dirigir muito mais ao cuidado com o corpo físico e com o atendimento às exigências gerenciais das instituições, do que com a multidimensionalidade que encerra todo o *ser* humano que necessita de cuidados, busquei através desse estudo, me aproximar do cuidar e do cuidado de enfermagem no perioperatório de cirurgias gerais eletivas focalizado pelo olhar do cliente.

Na busca de compreender a vivência do cuidar e dos cuidados de enfermagem perioperatórios, percebidos pelos clientes, investi na exploração da oralidade dos sujeitos que experienciaram as etapas cirúrgicas à luz do referencial do cuidar.

Considerando as análises resultantes das vivências desses colaboradores e cotejando a abordagem de investigação empregada, foi possível, no âmbito restrito deste estudo, tecer algumas considerações que apresento a seguir.

Depreendo das análises, desenvolvidas no estudo que o cuidar e o cuidado dos clientes no perioperatório explicitado por eles precisam ser percebidos como prioridade na instituição hospitalar e, principalmente, pelos profissionais de enfermagem que desenvolvem atividades nas unidades cirúrgicas, UTI e, essencialmente, no centro cirúrgico, considerando que, nesse ambiente desconhecido, o cliente se torna mais vulnerável e portanto, necessitando, de maior apoio biopsicoespiritual. Assim, penso que conhecer a vivência desses colaboradores e valorizar suas referencias apoiarão a equipe de enfermagem quando da redefinição e reorientação da prática de cuidados no contexto do perioperatório.

O discurso da maioria dos colaboradores reforçaram o que já se encontra descrito nas literaturas que discutem o *estar* na condição de perioperatório, assim, foram identificados medos, tristeza, apreensão, revolta, incertezas quanto à cirurgia e ao prognóstico pós-cirúrgico, dentre outros. Esses sentimentos estiveram presentes desde o momento da internação na instituição hospitalar até o pós-operatório, sendo muitos deles minimizados com os cuidados da equipe de enfermagem.

Mesmo que de forma pouco representativa, emergiram aspectos negativos do cuidado. Embora seja esta condição uma oposição ao cuidado de excelência, aparece com a determinação de que a pessoa cuidada não quer passar por experiência semelhante à vivida, anteriormente; evidencia o atendimento ao parâmetro de um cuidado próximo de um modelo idealizado. Assim, o cliente é capaz de reconhecer que o cuidado excelente é aquele que

atende tanto às necessidades físicas quanto às psicoafetivas essenciais, tais como o respeito e consideração à sua pessoa e a sua experiência de vida.

É possível que os colaboradores, por terem experiências de cuidado, *não-cuidado*, ou de pouco cuidado no âmbito doméstico, e até mesmo institucional, tenham reconhecido que o processo de cuidar envolve a soma de experiências e sentimentos, tanto positivos quanto negativos, assim como o processo de comunicação apreendidos pelos 12 colaboradores, nas relações estabelecidas com os profissionais e nas observações que efetuaram sobre o contexto em que é desenvolvido o cuidar e os cuidados perioperatórios.

Nos discursos dos colaboradores, ainda não há clareza de um cuidado considerado sistemático e baseado no processo de enfermagem, por parte da equipe de enfermagem perioperatória nas unidades de internação e no centro cirúrgico. Mesmo que, em alguns trechos eles tenham referido positivamente os cuidados perioperatórios com adjetivos como bons, excelentes, maravilhosos dentre outros, no entanto, há indícios de que a(o)s enfermeira(o)s e demais membros da equipe de enfermagem estão preocupados com a redefinição de seus papéis no cuidado.

Das etapas da Sistematização de Enfermagem no Perioperatório (SAEP), apenas a admissão do cliente no centro cirúrgico foi identificada de forma clara, com valorização do comunicar e explicar, tendo um resultado positivo para os colaboradores. Quanto às demais não foram mencionadas.

Os colaboradores parecem reconhecer que o real valor do cuidar e do cuidado de enfermagem não se restringe ao cumprimento de tarefas pré-estabelecidas em planos de cuidados condicionados pelas normas e rotinas dos serviços hospitalares. Eles valorizam a presença humana da enfermeira e dos demais membros da equipe de enfermagem e a intersubjetividade presente no cuidar e nos cuidados de enfermagem implementados. Expressam a valorização de um cuidado individual, intuitivo, sensível, que se estabelece nas relações entre o *ser* que recebe cuidado e o outro ser que cuida.

O cuidar e os cuidados de enfermagem, de qualidade, para estes clientes, precisam ser percebidos como prioridade na instituição hospitalar, principalmente pelos cuidadores que desenvolvem atividades no centro cirúrgico, porque é, nesse ambiente, que o paciente se torna mais vulnerável, necessitando de apoio biopsicosocioespíritual e afetivo, identificado como necessidades atendidas nos depoimentos da maioria dos colaboradores.

Por fim, a bioética, explícita ou não, emergiu através de princípios nos depoimentos como uma exigência clara e inerente ao processo de cuidar. Sua noção não pode se restringir à

adesão às regras morais, mas a uma constante reflexão crítica da equipe sobre o comportamento do *ser* humano, guiado para atingir o bem comum.

RECOMENDA-SE:

- a reordenação e redirecionamento da prática para o cuidar e os cuidados de enfermagem perioperatório, a sua eleição como referencial de base para a prática das equipes de enfermagem em todas as fases do acompanhamento dos clientes cirúrgicos;
- investimentos no controle da qualidade do atendimento, o que significa investir na implementação e no acompanhamento das etapas da SAEP e dos seus registros e não somente de forma pontual nas entrevistas pré-operatórias, no cuidado no centro cirúrgico;
- novos estudos sobre o cuidar e o cuidado no contexto do perioperatório que possibilitem novas reflexões às enfermeiras, aos estudantes e docentes que atuem nos espaços de cuidado dos pacientes cirúrgicos;
- conduta ética individualizada e da equipe em relação às ações humanas do cuidar nestes ambientes do cuidado;
- um repensar sobre a valorização da comunicação como instrumento de cuidar no centro cirúrgico.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. História oral: a experiência no CPPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1990. 197p. p.1-9.

AMORIM, C. Princípio da Beneficência e da Não-maleficência. In: URBAN, C. de A. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.11-14.

ANTONIO, L.A.C; FERNANDES, A. T. Implicações bioéticas das infecções hospitalares e de seu controle. In: FERNANDES, A. T; FERNANDES, M.O.V; RIBEIRO FILHO, N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. v.2 cap. 95 p.1655-1664.

AVELAR, M. do C. Q. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico. 1995. 158. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

BARCIFICONTAINE, C. de P. de; PESSINI, L. Ética, existência humana e profissão. In: _____. Bioética e saúde. 2.ed. São Paulo: CEDAS, 1990. 332p. p.101-108.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70. 1977

BIANCHI, E. R. F; CASTELLANOS, B. E. P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. Revista Paulista de Enfermagem, v.3, n.5, 1983.

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes. 1999.

BOFF, L. Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 7.ed. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes. 2001. 199p.

BRAGA FILHO, C. E. Princípio da Justiça. In: URBAN, C. de A. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.27-35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, v. 4, n.2, (suplemento) 1996.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização de trabalhadores da área de enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno, saúde do adulto, assistência cirúrgica e atendimento de emergência. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, 96p.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem __ SAE __ nas Instituições de Saúde Brasileiras. Boletim COFEN normas e notícias, v.22, dez. 2002.

BRIGITTA, E. P. et al. Assistência de enfermagem no período transoperatório. Rev. Enfoque, vol.14/ Nº 1 setembro 1986, p.7-11.

BRUNNER, L. S; SUDDART, D. S. Enfermagem médico-cirúrgica. 8 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, v.2, n.1. 1991.

CAMARGO, A. O Método Qualitativo: Usos e perspectivas. In: Sociologia, Sociologias. III Congresso Nacional de Sociologia. Sociedade Brasileira de Sociologia, Brasília, 1987.

CAPRA, F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. (The turning point: science, society and the rising culture). Trad. De Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1995, 198p.

CARVALHO, R. M. As enfermeiras submetidas à cirurgia: a imagem refletida no espelho do cuidar. Rio de Janeiro, 1998. 175p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CASTELLANOS, B. E. P., JOUCLAS, V. M. G. Assistência de Enfermagem perioperatória: Um modelo conceitual. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 24, n.3, p.359-368, 1990.

COELHO, M. J. Cuidar/Cuidados de Enfermagem de Emergência. Rio de Janeiro, 1996. 143p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COLLIÈRE, F. M. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 7ª ed. Lisboa: Ed. Lidel. 1989

DAVIDOFF, L. L. Introdução à psicologia. São Paulo, Mcgraw.Hill do Brasil, 1983. cap. 05 p.156-176

ERTHAL, T. C. S. Terapia vivencial: uma abordagem existencial em psicoterapia. Petrópolis: Vozes, 1990. 183p.

FERRAZ, E. R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.12, n.3, p.167, 1978.

FERREIRA, A. B. de. Novo Aurélio Séc. XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. RJ. Nova Fronteira, 1999.

FORTES, P. A. de C. Autonomia e Consentimento Esclarecido. In: Ética e Saúde. São Paulo: EPU, 1998. cap. 3 p.25-36.

_____. O que é ética. In: _____ Ética e Saúde. São Paulo: EPU, 1998. cap. 2, p.37-43.

GARCIA, M. A. M; GARCIA, M. E. M; BRAGE, I. Y. Ansiedad? Como manejarla? Revista ROL de Enfermería, nº.197, p.29-33, Ene. 1995.

GOMES, J.C.V. Logoterapia: a Psicoterapia Existencial Humanista de Viktor Emil Frankl. Edições Loyola. São Paulo, Brasil, 1987. cap. 8, p.47-50

HUF, D. D. A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual na enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002, 208p.

JOUCLAS, V. M. G, GATTO, M. A. F. Assistência de Enfermagem no Período Transoperatório. Enfermagem, v.14, n.1, p.07-11, 1986.

KIPPER, D. J; CLOTET, J. LOCH, J. de A. Conflitos de Beneficência e Autonomia na Prática Pediátrica. In: URBAN, C. de A. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.390-394.

LACERDA, R. A. Centro Cirúrgico. In: FERNANDES, A. T; FERNANDES, M.O.V; RIBEIRO FILHO, N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. v.1 cap.38 p.789-817.

LADDEN, C. S. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. Alexander: Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap.1, p.3-17.

LEITE, R. de C. B. de O. A assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso. 2002. 226. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2002.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa em Saúde. Santa Maria: Palloti, 2001.

LEPARGNEUR, H. Princípio da Autonomia. In: URBAN, C. de A. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.15-26.

LOZANO, J. E. A. Práticas e Estilos de Pesquisa na História Oral Contemporânea. In: AMADO, J. & FERREIRA, M. M. (Org.). Usos e Abusos da História Oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996, p.15-27.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231p.

MEIHY, J. C. S. B. Definindo História Oral e Memória. In: Cadernos CERU. São Paulo, v.2, n.5, 1994, p.52-60.

MENDELSSONH, P; BARBOSA, H. A conveniência operatória. In: BARBOSA, H. Controle clínico do paciente cirúrgico. 6. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 1992. p.1-24. 764p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 269p.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social. Petrópolis: Rio de Janeiro. Vozes, 1998. 8 ed. 80p.

MOREIRA, M. S. A psicologia do amor e da paixão. Revista do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro, v. 1, n.1. p.23-27. jan-jun. 1995.

PANZA, A. M. M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório no dia da cirurgia e no pós-operatório. S.Paulo, 1977, 75p.- Dissertação (Mestrado)- Esc. de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PASCHOAL, M. L. H; ROGENSHI, N. M. B. Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. In: CIANCIARULLO, T. I. et al (Org.). Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p.201-220.

PATERSON, J. G; ZDERAD, L. T. Enfermagem Humanística. México, Limura, 1979.

PEREIRA, R.C.J; GALPERIN, M.R. Cuidando-ensinando-pesquisando. In: WALDOW, V. R; LOPES, M. J. M; MEYER, D. E. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 203p.

POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. Fundamentos da Pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995. 391p.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais do "indivisível" ao "divisível". In: Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991. 171 p.

SECHEHAYE, A. G. Aspectos psicológicos em cirurgia. Revista Geográfica Universal, maio, 1985.

SILVA, C. A. O significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar: História oral de idosos. 2004. 228. Dissertação(mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2004.

SIQUEIRA, J. E. de. Hans Jonas e a Ética da Responsabilidade. In: URBAN, C. de A. Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.36-43.

SMELTZER, S; BARE, B.G. Aspectos éticos em enfermagem médico-cirúrgica. In: Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.1, cap. 5, p.45.

SOUZA, M. F. de. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARRULOS, T. I. et al (Org). Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001, p. 29-39.

SOUZA, S. de M. A. Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos. 1997. 145. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 1997.

TRENTINI, M; PAIM, L. Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999.

TRINDADE, D. R. Influência do relacionamento da enfermeira e do médico com o paciente cirúrgico- segundo percepção deste- para o seu estado psico-emocional-um estudo exploratório. Rio de Janeiro, 1977. 110p. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução as Pesquisas em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

URBAN, C. de A. Introdução a Bioética. In: Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. Parte I, p.3-10.

WALDOW, R. V.; LOPES, M. J. M; MEYER, D. E. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 203p.

_____. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998, p. 100-135.

_____. O cuidar Humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. R. de Enfermagem. UERJ. Rio de Janeiro. v. 9, n.3, p.284-293. set/dez. 2001.

_____. O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2004.

WATSON, J. Nursing: Human scienc and human care. A theory of nursing. East Norwalk: Appleton – century- Crofts, 1985

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

NOME DO ENTREVISTADO(A): _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/19__ SEXO: Feminino (...). Masculino (...).

TIPO DE CIRURGIA AO QUAL FOI SUBMETIDO(A) _____

II. DADOS SOBRE A PESQUISA

MESTRANDA: Roseane C. Ribeiro de Oliveira. TELEFONE: 321-5317/9131-6324.

E-MAIL: rosenfba@bol.com.br

TÍTULO DA PESQUISA: Vivenciando o cuidado perioperatório de enfermagem.

DURAÇÃO DA PESQUISA: 01 ano

II. DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA (CEP)

ENDEREÇO- Rua Padre Feijó 240, Canela- Ambulatório Magalhães Neto 3 andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde. Cep: 40.160-170- Salvador, Ba

TELEFAX- (71) 203-2740

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO ENTREVISTADOR AO COLABORADOR

OBJETIVO- Compreender como os pacientes no perioperatório de cirurgias gerais eletivas vivenciam o cuidar e o cuidado de enfermagem.

JUSTIFICATIVA- Considero que a investigação pode ser relevante por acreditar que compreender como os pacientes vivenciam o perioperatório possa despertar na equipe de enfermagem que, além dos cuidados técnicos definidos em protocolos e rotinas, são imprescindíveis; cuidados outros, planejados e implementados, considerando-se a individualidade e as especificidades de cada cliente no seu contexto particular.

COLABORADORES- Clientes em pós-operatório mediato que se submeteram a cirurgias gerais eletivas em um Hospital de ensino da Cidade de Salvador-Ba.

METODOLOGIA- Optei por uma abordagem qualitativa. A história oral de vida foi incorporada como técnica de coleta dos dados utilizando-se de roteiro de entrevista semi-estruturado, com o auxílio do gravador. A análise dos dados será guiada pela análise temática e pelo referencial do cuidar e do cuidado em enfermagem e do cuidado perioperatório.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS- É possível que, com os resultados da investigação, se repense a forma como tem-se desenvolvido a assistência de enfermagem a esses clientes, bem como possa apontar caminhos para o desenvolvimento de um cuidado efetivamente mais humanizado, centrado nas particularidades de cada cliente.

RISCOS DA PESQUISA- Nenhum

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

Aos sujeitos da pesquisa que aceitarem participar da pesquisa será garantido:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas;
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo;
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

DECLARAÇÃO

Declaro que fui informado(a) sobre a investigação a ser realizada pela enfermeira Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e aceito participar voluntariamente do estudo, autorizando a utilização do conteúdo das minhas informações para fins científicos, porém respeitando, com sigilo absoluto, as informações confidenciais, conforme a Resolução 196/96 que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Salvador, _____, de _____ 2005

Pesquisador

Entrevistado

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Pós-transcrição

Eu, _____ declaro que
ouvi e autorizo a publicação desta entrevista transcrita para ser usada integralmente ou em
partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.

Salvador, __, de _____ 2005.

Pesquisador

Entrevistado

APÊNDICE C – Roteiro para Coleta de Dados

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM TÍTULO DO PROJETO: VIVENCIANDO O CUIDADO PERIOPERATÓRIO ENFERMAGEM.	
---	---	---

ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS

1- Conte para mim a sua experiência com os cuidados de enfermagem recebidos no período em que esteve hospitalizado para esta cirurgia.

2- Que cuidados o(a) senhor(a) considera que devem ser prestados pela equipe de enfermagem antes da cirurgia, durante a cirurgia e depois da cirurgia?

3- O que o(a) Senhor(a) entende como cuidado de enfermagem?

APÊNDICE D – Categoria 1- Vivências Perioperatórias de Cuidados de Enfermagem por Pacientes Submetidos a Cirurgias Gerais Eletivas.

Subcategoria	Unidades de contexto	Unidades de registro
<p>1- EXTERNANDO SENTIMENTOS NEGATIVOS NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA ELETIVA</p>	<p><i>Eu pedi para que não me colocasse a sonda vesical e me colocaram [...] Quando eu cheguei do centro cirúrgico, Dr^a S. veio aqui e tirou a sonda [...] aquilo ficou ardendo, doendo. Aquilo me incomodou. Ai, ela [auxiliar de enfermagem] veio colocar a aparadeira; ai eu falei: Menina, tire isso daí, se você não tirar eu vou derrubar[...]eu quero ir ao banheiro.D(12)</i></p> <p><i>[...] é que com esse período de greve..., que não é de hoje nem de ontem, que houve o negócio de greve! Sempre chateia, tanto quanto o médico quanto o paciente, como outros[...] essas coisas que chateiam a gente. D(01)</i></p> <p><i>Como falei antes, há momentos de tristeza, eu tive. Mas eles [profissionais] estavam sempre presentes, até nos momentos que eu estava mais triste eles estavam presentes[...]D(11).</i></p> <p><i>E minha experiência também foi quando eu entrei na sala de cirurgia é [...] eu pensei que ia ser lá essas coisas. Pensei que ia doer muito, fiquei com medo da anestesia e não doeu nada, tanto que, agora de manhã, eu falei com as minhas colegas, porque elas também estão com méd.,Ffalei para elas que não dói nada, que é para elas poder entrar tranqüila na sala, a gente sente medo, mas depois passa. A minha experiência foi essa mesmo por causa do medo, causa do meu medo. Agora eu não sinto mais medo de cirurgia. D(02)</i></p> <p><i>É isso mesmo, quando uma pessoa entra na sala para fazer uma cirurgia, seja lá qual for a causa da cirurgia, tem uns que ficam nervosos, fica irritado e tal, mas não aconteceu nada comigo não! Eu fico numa boa. D(01)</i></p> <p><i>Olhe, quando eu entrei logo aqui para mim foi uma guerra, Ave Maria! Eu chorava igual a uma desesperada, sabe? Eu quase coloco o hospital abaixo...D(05)</i></p> <p><i>[...] quando eu sai, eu não sabia que tinha que passar tantos dias com sonda nasogástrica. Eu pedi para morrer com aquilo no meu nariz, com fome[...], mas eu não estava preparada para receber aquilo ali[...] D(12).</i></p> <p><i>Eu estou com CA. [...] Eu não estou culpando de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reação • Aborrecimentos • Tristeza • Medo • Ansiedade • Ansiedade • Sofrimentos

	<p><i>imediate [...] (talvez esteja se referindo à equipe cirúrgica) talvez possa ser, talvez uma coisa que já fosse esperado; (encontrar um tumor avançado que necessitasse da abordagem conjunta das equipes cirúrgicas de ginecologia e geral) mas eu estava me questionando porque não teve um outro médico que pudesse auxiliar naquele momento [...] visto aquilo que houve. Ah! Não! Vamos fazer isso assim, que é necessário! Você está me entendendo? (choro) Isso eu não consigo digerir. D(10)</i></p> <p><i>Eu acho que os cuidados são esses; porque tem lugar que a gente, que as enfermeiras, misericórdia! Os pacientes estão entregues às moscas e aos mosquitos, mas, pelo menos, isso aqui não acontece. D(08)</i></p> <p><i>Eu acho que é ficar perto da pessoa, não é? Da pessoa que está operada, e ficar só reparando, não é? Porque tem deles que você opera e é largado de mão [...] D(03).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressentimentos • Experiência anterior • Experiência anterior
<p>2- EXTERNANDO O CUIDADO SISTEMATIZADO NA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA GERAL ELETIVA</p>	<p><i>Lá [centro cirúrgico], para mim, foi bom também porque eu fui bem recebido[...]As enfermeiras, também! Todas me receberam bem, para mim foi bom, graças a Deus! Foi tudo legal e não tenho o que dizer de nenhuma delas D(03)</i></p> <p><i>Logo que eu cheguei na porta do centro cirúrgico, eu fui recebida por Dr. S., que me tratou com maior carinho, com maior afeto. Depois fui para a sala de espera, onde tinha umas duas auxiliares de enfermagem juntamente com outra paciente, lá conversaram bastante comigo, me explicaram, me descontraíram bastante. D(11)</i></p> <p><i>No centro também foi tudo igual, tudo igual mesmo; tudo calmo, tranquilo. Eu ainda fiquei ouvindo umas músicas, para poder eu relaxar mais ainda. D(05)</i></p> <p><i>[...] ela me deixou esperando numa sala, aí veio uma enfermeira me entrevistar, me entrevistou. Depois, veio o anestesista me entrevistou e saiu e veio outra [enfermeira] para ficar junto comigo porque eu estava muito nervosa, e ficou lá me explicando como era a cirurgia, que eu não tinha motivo para ficar nervosa Lá (centro-cirúrgico), eu fui bem tratada também. D(07)</i></p> <p><i>Ah! lá [centro cirúrgico] antes d' eu receber a cirurgia? Naquele espaço de meia hora para aquela pessoa fazer a entrevista, perguntar se eu estava nervoso, se não estava [...]. Aí o senhor não vai ter nada não, não fique nervoso, porque não sei o quê... D(01)</i></p> <p><i>O que eu me lembro é que me botaram no quarto [sala de espera], depois do quarto me levaram para o centro</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recepção, • Interação • Tranquilidade • Admissão/entrevista • Admissão/entrevista • Fluxo/rotina do centro cirúrgico

	<p><i>cirúrgico [sala de cirurgia] para o lugar da cirurgia. Não tenho nada que me queixar não! Principalmente daí por diante, eu não me lembro de mais nada. D(09)</i></p> <p><i>Naquele espaço de meia hora para aquela pessoa fazer aquela entrevista, perguntar se eu estava nervoso, se não estava [...] Daí por diante, vamos embora para a sala porque já teve o bate papo que teve que fazer com a sua pessoa e ta l[...]D(01).</i></p> <p><i>[...] tinha o primeiro aviso que ia suspender a cirurgia, eu já estava sentada na mesa de cirurgia, [...] Eu não fiquei nervosa não! Eu fiquei calma, porque todos que estavam ali perto de mim, a enfermeira, a circulante, a anestesista, a Dr. S. tiveram muita atenção comigo[...] D (11).</i></p> <p><i>Depois, até hoje, graças a Deus, está bom! Porque toda hora as enfermeiras estão aqui me dando remédio. Para mim, graças a Deus, todas são boas, não tenho o que dizer de nenhuma [...] D(03)</i></p> <p><i>Eu cheguei ontem à tarde. Aí, quando eles me trouxeram para cá [enfermaria], já tinha gente aqui, meu marido já estava aqui, mas eu não podia conversar muito, que elas falaram [...] As enfermeiras falaram que eu não podia conversar muito [...] porque senão ia entrar ar e eu ia ficar cheia de gases. D(02)</i></p> <p><i>Todos, inclusive até o próprio cirurgião, depois da cirurgia, ele veio me ver. Eu tenho uma amiga particular que trabalha aqui e tudo, ela também é enfermeira em Mata (cidade de origem da colaboradora). Todos me dão apoio [...] D(10)</i></p> <p><i>Continuei tendo um bom atendimento, todos os enfermeiros e médicos estavam perto, me trataram maravilhosamente bem. Fui para a UTI, um lugar que só tinha ido como visita, nunca como paciente. Aí o choque foi maior. [...] Mas, lá dentro, foi assim [...] enfermeiros e auxiliares foram maravilhosos também. Todo momento que eu precisei estavam perto de mim [...], em todos os momentos olhavam a minha temperatura, verificavam todos os meus sinais vitais [...] e foi tudo bem, não tive medo nenhum! Não . D(11)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxo/rotina do centro cirúrgico • Presença • Avaliando o Cuidado no pós-operatório • Avaliando o Cuidado no pós-operatório • Apoio e orientações • Avaliando o cuidado pós-operatório
--	--	---

CATEGORIA 2- Significados de Cuidar e de Cuidados de Enfermagem por Pacientes que Vivenciaram o Perioperatório de Cirurgias Gerais Eletivas.

Sub categorias	Unidades de contexto	Unidades de registro
<p>1- CUIDADO É A IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS.</p>	<p><i>Eu me lembro que, quando eu entrei aqui, uma semana depois que eu entrei, foi me preparando, fazendo isso e aquilo outro, foi fazendo os exames [...] D (01).</i></p> <p><i>Toda hora, eles vêm aqui me examinar, tirar a minha pressão, bastante coisa, faz muita pergunta à gente [...] vendo aqui o pulso [...] tem vários exames antes de fazer essa operação [...] Eu sei que , antes da cirurgia, eles perguntaram bastante sobre mim: se eu tinha alguma doença, se eu bebia, se eu fumava, se eu era viciada [...] D(02).</i></p> <p><i>[...] além dos cuidados com sinais vitais, medicação, dos outros procedimentos como próprios do paciente cirúrgico, como é o meu caso, à parte também da compreensão e afeto. D(11)</i></p> <p><i>Em primeiro lugar, elas, (auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiras) tem que dar atenção à gente, dar atenção e ter cuidados assim: a roupa trocar [...] é trocar o lençol da gente, me ajudaram a ir ao banheiro. D(02)</i></p> <p><i>[...] as meninas me encaminharam para tomar banho, me perguntaram se eu tinha pêlos no abdômen, me tranquilizaram [...] D(11)</i></p> <p><i>[...] depois da cirurgia eu fui tratada igual a uma princesa. Tomo banho no leito, as meninas me dão o banho muito bem dado, as minhas partes íntimas, penteiam o meu cabelo. Muito bem mesmo, melhor do que em casa. Eu nunca fui tratada assim[...] D(05).</i></p> <p><i>[...] os cuidados que me foram prestados há dois anos atrás foram bem melhores, do que dessa vez, e tive nesse mesmo hospital. [...] Faltou mais atenção. Eu conheci a sala toda de cirurgia; os equipamentos, a enfermeira que me mostrou! Me entrevistou, me deu a maior atenção, me deixou mais tranqüila [...].D(12)</i></p> <p><i>Para mim, cuidado de enfermagem é cuidar das pessoas, entendeu? Porque as pessoas estão ali precisando de um pouquinho de atenção, porque nem todos os enfermeiros dá uma atenção assim... especial. Mas tem deles que gostam de sua profissão, então acho assim [...] se na hora que estiver sentindo dor e ele for acionado, que ele</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos • Cuidados técnicos • Cuidados técnicos e atenção • Cuidados técnicos e atenção • Cuidados pré-operatórios e higiênicos • Cuidados pré-operatórios e higiênicos • Dualidade de cuidado • Atenção e presença

	<p><i>esteja presente. D(07)</i></p> <p><i>Eu acho que deveria preparar o psicológico, não é? Preparar de que forma? Porque não são todas as pessoas que têm a mente aberta. As vezes, você tem dúvidas e não tem quem tire [...] D(12).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo psicológico
<p>2- O CUIDAR E O CUIDADO SE ESTABELECEM NAS RELAÇÕES ENTRE PACIENTE E EQUIPE DE ENFERMAGEM</p>	<p><i>Eu estou sendo muita bem assistida por todos, as pessoas. Chegam, dão bom dia, tentam levantar a minha auto-estima, perguntam se quer isso se quer aquilo, sabe? D(10)</i></p> <p><i>Eu acho que cuidado de enfermagem é [...] se resume em amor, carinho, é amor, é carinho, atenção, compreensão que você passe para o paciente D(12)</i></p> <p><i>[...] tiveram muita atenção comigo, me tranquilizaram bastante, ficaram conversando bastante comigo. Até se eu ficasse com o semblante meio caído, eles começavam a conversar para eu ficar bem animada e eu me senti muito bem [...] D(11).</i></p> <p><i>Os cuidados de enfermagem são todas aquelas coisas para não acontecer, aquelas conseqüências [...] não se tornar um caso mais [...] assim duvidoso. Aquela presença, sempre perguntando: o que é isso? [...] está sentindo isso, o que não está?D(01)</i></p> <p><i>Tem uma enfermeira, entendeu [...] ela foi muito atenciosa, excelente [...] toda vez que eu acionava, ela estava presente. D(07)</i></p> <p><i>A maioria estava aqui me dando assistência, quase todas as pessoas, todas as enfermeiras, e as médicas e tudo. Eu jamais esquecerei a gratidão que tenho por eles. D(04)</i></p> <p><i>Não me deixaram um só minuto sozinha [...] e, quando eu estava em depressão, assim o choro, elas estavam prontas para me servir [...] Quando eu sentia saudades de casa, tinha uma enfermeira [...] que sempre vinha com uma palavra amiga[...] D(05).</i></p> <p><i>O cuidado da enfermagem é o coração da pessoa, eu creio que seja isso um coração humano. D(04)</i></p> <p><i>[...] o que eu tenho para falar dos profissionais, pelo menos os que estiveram aqui presentes, que continuem assim essas pessoas humanas e maravilhosas que são e que sempre dê atenção [...] D(07).</i></p> <p><i>Muitos deles não podiam me ver quietinha, que queria saber o que eu tinha. Então, eu considero o atendimento de enfermagem como um conjunto infinito. Além dos cuidados com dos sinais vitais, medicações, dos outros procedimentos, como</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção à auto-estima • Amor, carinho, compreensão • Atenção • Presença • Presença • Afetividade • Afetividade • Humanidade • Humanidade • Disponibilidade, pré-ocupação e assistência

	<p><i>próprios do paciente cirúrgico, que é o meu caso, a parte também da compreensão e afeto. Para mim, é tudo isso. D(11)</i></p> <p><i>Eu fico devendo muito favor ao anestesista[...] me tratou muito bem, falou que ia ser assim e tal, e eu fiquei contente de qualquer jeito. D(04)</i></p> <p><i>[...] cuidado melhor que as pessoas têm que ter porque a pessoa passa por uma cirurgia muito [...] muito delicada e tem que ter um cuidado, uma atenção maior[...]. D(06)</i></p> <p><i>Em primeiro lugar, ele tem que dar atenção à gente, dar atenção e ter cuidados[...]. D(02)</i></p> <p><i>Agradecer [...] a Deus por tudo aquilo que ele me permitiu passar [...] Dizer que passei com dificuldade, mas passei, mas passei feliz e aqui dentro eu aprendi muito mais coisa ainda, que nós seres humanos não temos que só lembrar de nós, e sim mais dos outros, principalmente na área de saúde, que é onde os pacientes ficam aqui só expostos aos cuidados[...], mas que cada um deles enfermeira(o)s, serviços gerais se dediquem a eles (outros pacientes) como dedicaram a mim[...]D(11).</i></p> <p><i>O que tenho para falar dos profissionais, pelo menos os que estiveram aqui presentes, é que continuem assim essas pessoas humanas e maravilhosas [...] e que sempre dê atenção [...] e que os outros possam seguir também o exemplo deles. D(07)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade, pré-ocupação e assistência • Atenção • Atenção • Dedicção/ Aprendizado do paciente • Dedicção/ Aprendizado do paciente
<p>3- O CUIDAR E O CUIDADO SIGNIFICAM COMUNICAR-SE</p>	<p><i>[...] os profissionais são tão legais, na realidade, que não deixa nem com que a gente venha a temer com nada, conversaram comigo direito, tiraram o suspense de mim, não me deixaram nervosa, para mim foi ótimo[...]. D(08)</i></p> <p><i>A minha experiência é que, quando eu entrei, eu entrei com muito medo, aí eu perguntava a elas, às enfermeiras, como é que ia ser o corte, se ia doer. Elas sempre respondiam. Quando não sabiam, elas falavam que não podia responder e foi isso.D (02)</i></p> <p><i>[...] depois fui para a sala de espera onde tinha umas duas auxiliares de enfermagem, juntamente com outra paciente, e lá conversaram bastante comigo, me descontraíram bastante [...] No momento que eu entrei [no centro-cirúrgico] me deu um pouquinho de medo mas, depois, quando eu cheguei na sala de espera, eu me tranqüilizei e fiquei tranqüila. D(11)</i></p> <p><i>Quando eu cheguei foi com Dr P. para a cirurgia. Ela me deixou esperando numa sala, aí veio uma enfermeira me entrevistar, me entrevistou. Depois, veio o anestesista me entrevistou e saiu e veio outra (enfermeira) para ficar junto comigo porque eu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar para tranqüilizar • Responder aos questionamentos • Conversar para descontrair • Estar presente e explicar

	<p><i>estava muito nervosa, e ficou lá me explicando como era a cirurgia, que eu não tinha motivo para ficar nervosa. Lá (centro cirúrgico), eu fui bem tratada também e fiquei bem. D(07)</i></p> <p><i>Para mim, o cuidado de enfermagem envolve várias coisas [...] Além dos procedimentos de enfermagem também tem aquela parte psicológica [...] elas conversam, elas aconselham, elas vêem quando a gente está triste, é o nosso amigo naquele momento[...] D (11).</i></p> <p><i>[...] ela me dava atenção, ficava conversando comigo, dizia: na hora da cirurgia mantenha a calma, a tranquilidade. E, para mim, é isso {o cuidado}, o carinho deles para comigo, sem distinção de cor. D(05)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afetividade • Afetividade
<p>4- RECONHECENDO ASPECTOS ÉTICOS DO CUIDAR E DO CUIDADO NO PERIOPERATÓRIO</p>	<p><i>A gente vê coisas em determinados lugares, a gente sabe que é anti-ético, às vezes há descaso, mas na realidade não é o que está acontecendo. D(10)</i></p> <p><i>[...] Todos estavam cuidando bem de mim, até o momento que eu estava me sentindo, até o momento que eu estava me sentindo eles cuidando bem de mim. D (09)</i></p> <p><i>[...] pedi a Deus por tudo, me entreguei de corpo e alma e não vi mais nada. Quando eu despertei, já estava operado. D(04)</i></p> <p><i>Não tenho muito que reclamar não! Porque, afinal de contas, apesar de tudo, eu estou num hospital que só tem professor e a maioria deles são bons. D(12)</i></p> <p><i>Aí a gente não está vendo nada, a gente não está vendo nada, mas a gente acredita que está com uma equipe boa, e que não só tem um médico, tem anestesista, tem enfermeira(o)s [...]. Isso tudo para que venha a correr da melhor maneira possível. D (10)</i></p> <p><i>O que eu me lembro é que me botaram no quarto [...] para o lugar da cirurgia. Não tenho nada do que me queixar, principalmente daí por diante, eu não me lembro de mais nada. D(09)</i></p> <p><i>[...] eu me lembro que Dr^a S. mandou eu ter muita calma, mandou eu relaxar [...] que eu ia adormecer um pouco e depois, quando eu acordasse, eu já teria me operado[...] e aí eu fiquei. D(05)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito à pessoa • Sentimento de segurança/confiança • Sentimento de segurança/confiança • Confiança na competência técnica • Confiança na equipe • Não recorda • Confiança no médico



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IORG 0003460, April 1, 2004 – IRB 00004123, April 8, 2007
Rua Padre Feijó 240, Canela - Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.
Cep.: 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax.: (71) 203-2740 E-MAIL: cep_mco@yahoo.com.br

PARECER/RESOLUÇÃO N.º 83/2005.

1. Projeto de Pesquisa: "Vivenciando o cuidar/ cuidado perioperatório de enfermagem".
2. Patrocínio/Financiamento: Recurso próprios.
3. Pesquisadora Responsável: Roseane Conceição Ribeiro de Oliveira, Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, UFBA. Orientadora: Professora, Doutora Darci de Oliveira Rosa, Professora Adjunta III Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, "Currícula Vitae" apensos.
4. Instituição: Hospital Universitário Professor Edgar Santos, UFBA.
5. Área do conhecimento: 4.04, Nível N, Grupo III.
6. Objetivo: compreender a vivência de pacientes no perioperatório de cirurgias eletivas sobre o cuidar/cuidado de enfermagem, objetivando mais especificadamente: a) — o que é sub-entendido como cuidados da enfermagem, b) — quais cuidados devem ser prestados pela enfermagem antes, durante e após a cirurgia e c) — qual a experiência anterior quanto à recepção destes cuidados.
7. Súmula: trata-se de estudo com abordagem qualitativa, baseado em depoimentos orais a documentos coletados diretamente de atores sociais ou escritos associados à entrevista.
8. Comentários: proposição rica, múltipla e exuberantemente fundamentada, inclusive sobre a condição de serem gravadas as entrevistas semi-estruturadas, mas de livre curso expositório por parte do "sujeito de pesquisa", com avaliação e resultados finais obtíveis mediante o emprego da "Análise Temática", complexa e extensa forma de processamento de dados não estatísticos mas obtíveis responsivos literalmente.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/MCO/UFBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
IOrg 0003460, April 1, 2004 – IRB 00004123, April 8, 2007

Rua Padre Feijó 240, Canela – Ambulatório Magalhães Neto 3.º andar, Curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde.
Cep.: 40.160-170 - Salvador, BA. Telefax.: (71) 203-2740 E-MAIL: cep_mco@yahoo.com.br

Cronograma a ser, apenas, reajustado cronologicamente. **Orçamento** modesto, auto-patrocinado, mas incorreto quanto a “**outros serviços e encargos**” a requerer correção. **Bibliografia** suficiente para suportar a proposição com apenas os 05 (cinco) citações neste último lustro. “**Termo de Consentimento Livre e Pré-Esclarecido**”, sub-dividido em 03 (três) apêndices a serem unificados nova redação contínua, não repetitiva e no qual conste o endereço deste CEP para eventual consulta por dúvida do investigando — porém eticamente aceitável. Projeto aprovável com recomendação a serem satisfeitas antes do seu início.

Salvador, 10 de Agosto de 2005.

Decisão Plenária: ... *APROVADO, com recomendações*

Coordenador: *[assinatura]*

Observação importante: toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo Pesquisador, arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao mesmo, faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução.

Recebido em:

____/____/____

Ass.:

ANEXO B - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: <i>Vivenciando o cuidar/cuidade perioperatório e de enfermagem.</i>			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) <i>4. Ciências da Saúde</i>		3. Código: <i>41.04</i>	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) <i>N</i>
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) <i>Grupo III</i>		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) <i>Enfermagem, perioperatório, cuidar/cuidade</i>			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: <i>30</i> Total: <i>30</i>		10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: <i>Roseane Leonição Ribeiro de Oliveira</i>			
12. Identidade: <i>8689513-31</i>	13. CPF: <i>950438105-72</i>	19. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua Augusto Viana nº 23 apto 302</i>	
14. Nacionalidade: <i>Brasiliana</i>	15. Profissão: <i>Enfermeira</i>	20. CEP: <i>40060-030</i>	21. Cidade: <i>Salvador</i>
16. Maior Titulação: <i>Especialista em Enfermagem</i>	17. Cargo:	23. Fone: <i>3321-5317/9904-6628</i>	24. Fax:
18. Instituição a que pertence: <i>UFBA - Escola de Enfermagem</i>		25. Email: <i>roseane@bol.com.br</i>	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <i>15/10/2005</i>			
Assinatura <i>Roseane L. de Oliveira</i>			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: <i>Hosp. Univ. Prof. Edgard Santos</i>		29. Endereço (Rua, n.º): <i>Rua Augusto Viana nº 23</i>	
27. Unidade/Orgão:		30. CEP: <i>40110-060</i>	31. Cidade: <i>Salvador</i>
28. Participação Estrangeira: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/>		33. Fone: <i>3339-6000</i>	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Nacional <input checked="" type="checkbox"/> Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _____ Data: <i>15/10/2005</i>			
Assinatura <i>Prof. Edgard Ribeiro Jr.</i> Diretor do HUPES/UFBA			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
42. UF: <i>Ba</i>			
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: <i>1/1/2005</i>	46. Registro no CEP: <i>83/2005</i>	47. Conclusão: Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> Data: <i>10/08/05</i>	48. Não Aprovado () Data: <i>1/1/</i>
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: <i>do trimestre</i> Data: <i>1/1/</i> Data: <i>1/1/</i>			
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro <input checked="" type="checkbox"/> 51. O projeto para apreciação () 52. Data: <i>10/08/05</i>		53. Coordenador/Nome: <i>Antonio dos Santos Barrata</i> Assinatura Presidente do Comitê de Ética	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :		57. Registro na CONEP: em _____ MCO - Universidade Federal da Bahia	
55. Processo :		56. Data Recebimento :	
58. Observações:			