

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

"TENDO QUE OPERAR-SE": A EXPERIÊNCIA DO  
PACIENTE CIRÚRGICO E SUA ESPIRITUALIDADE

DENISE SUZANNA SIEBERT HENSE

FLORIANÓPOLIS

1987

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

**TÍTULO:** "TENDO QUE OPERAR-SE": A Experiência do Paciente  
Cirúrgico e sua Espiritualidade

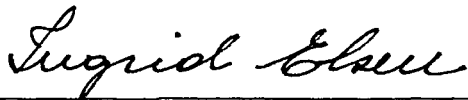
Submetida a Banca Examinadora para obtenção do  
Grau de

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

POR

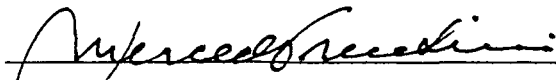
**DENISE SUZANNA SEIBERT HENSE**

APROVADA EM 06/10/87



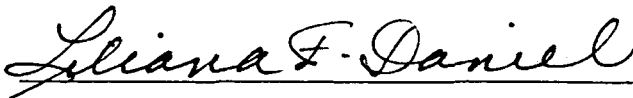
Dra. Ingrid Elsen

Presidente



Dra. Mercedes Trentini

Examinador



Dra. Liliana Felcher Daniel

Examinador

ORIENTADORAS: DRa. INGRID ELSÉN

DRa. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

Ao Haiko, querido companheiro.

A meus pais que quero muito bem.

## AGRADECIMENTOS

Minha sincera gratidão aos que comigo conviveram nos últimos dois anos e meio. Aos que com seu estímulo, apoio, compreensão e crítica construtiva contribuíram para que esse estudo chegasse a ser o que é. Lembro em especial da participação que as professoras Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Ingrid Elsen tiveram no desenvolvimento de toda a pesquisa. Agradeço suas contribuições, sua orientação e sua disponibilidade para a troca de idéias que me fizeram sentir aceita e reconhecida como alguém em crescimento. Essa atitude foi um estímulo para o contínuo aprimoramento das reflexões e da análise da experiência do paciente cirúrgico. Meu reconhecimento também aos professores da faculdade de enfermagem, colegas de trabalho, que além de sua amizade e incentivo, assumiram por dois anos as aulas que competiam a mim na disciplina de enfermagem cirúrgica. Agradeço a José Gomes Neto por suas proveitosas sugestões na revisão do português do relatório de pesquisa e a Rosimere Gutihá Meurer por seu esforço e seriedade na datilografia dessas páginas. Meu reconhecimento também aos funcionários e pacientes do hospital onde foi realizada a coleta dos dados que me proporcionaram a rica experiência de ser aceita e de poder com eles compartilhar a vida no transcorrer do ano de 1985. Minha sincera gratidão a toda minha família e amigos que compreenderam meus conflitos e a pouca disponibilidade de tempo para cultivar nosso relacionamento. Seus incentivo e ajuda na superação das dificuldades foram significativos para que eu pudesse chegar ao final desse traba

lho. Quero ainda dizer da importância que teve para mim a participação e a companhia do meu marido. Sua presença e palavra de apoio e incentivo muitas vezes me tranquilizaram e impulsionaram para frente. Sei também que o cuidado, o interesse e o poder de Deus foi a força que tornou tudo isto possível.

**RESUMO**

Esta é uma pesquisa qualitativa que, para estudar a experiência do paciente cirúrgico, adotou a metodologia da "Teoria Fundamentada nos Dados", que, segundo GLASER e STRAUSS (1967:1), consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir de informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Os dados foram coletados junto a pacientes cirúrgicos previdenciários e particulares submetidos a cirurgias de pequeno e médio portes num hospital de uma cidade de Santa Catarina nos meses de abril a dezembro de 1985. Foi adotado o processo de amostragem teórica e utilizada a observação participante como método de coleta dos dados. A análise dos dados deu-se através da comparação constante dos dados, método indicado ao ser utilizada a metodologia da "Teoria Fundamentada nos Dados". Os resultados do presente estudo estão expressos na teoria substantiva "Tendo que Operar-se".

"Tendo que Operar-se" é um processo vivido pelo paciente cirúrgico que se sente obrigado, pressionado ou forçado a operar. É composto de três sub-processos interligados e interdependentes. O primeiro, "tendo perturbações físicas", representa a vivência física do paciente. O segundo, "buscando solução", expressa mais sua vivência mental ou racional. O terceiro, "sentindo", reflete principalmente seus sentimentos e emoções. É uma experiência difícil e desagradável que pode ser amenizada através das vivências "buscando explicação", "confiando", e "tendo ajuda", que atuam no sentido de apoiar e facilitar para o paciente o processo "Tendo que Operar-se". A espiritualidade do paciente cirúrgico, parte integrante destas vivências, é caracteristicamente expressa no "reconhecimento de um ser superior".

O processo "Tendo que se Operar", seus três sub-processos e as vivências que os amenizam são dinâmicos no tempo e no espaço. São vividos tanto em casa quanto no hospital, como também no transcorrer dos quatro estágios sucessivos que formam o processo espaço-temporal.

**ABSTRACT**

This is a qualitative research based on the "Grounded Theory" methodology to study the surgical patient's experience. According to GLASER and STRAUSS (1980: 1), this consists of the discovery and development of a theory based on information obtained and analysed systematically and comparatively. Data was gathered both from social security and private surgical patients undergoing minor and medium surgery in a hospital in a city of Santa Catarina from April to December 1985. The process of theoretical sampling was adopted and participant observation was the method of gathering data. Analysis was achieved through constant comparison of the data, as this is the method indicated when using the "Grounded Theory". The results of this research are expressed in the substantive theory of "Having to Submit to Surgery".

"Having to Submit to Surgery" is the process experienced by the patient who feels obliged, pressured or forced to submit to surgery. It is composed of three inter-connected and inter-dependent sub-processes. The first one, "having physical disturbances", represents the patient's physical experience. The second, "seeking a solution", expresses more specifically his mental or rational experience. The third, "feeling", basically reflects his feelings and emotions. This is a difficult and unpleasant experience which can be softened through the experiences of "seeking an explanation", "trusting" and "getting help", which give support to the patient and ease this experience for him. The surgical patient's spirituality, a vivid and factual part of these experiences, is characteristically expressed in his "recognition of a superior being".

The process of "Having to Submit to Surgery", its three sub-processes and the experiences which reduce them are dynamic in time and space. They are experienced both in the hospital and at home, as well as throughout the four successive stages that comprise the space-time process.



## SUMÁRIO

	PÁG.
RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	viii
I - INTRODUÇÃO .....	1
II - METODOLOGIA .....	20
2.1 - Metodologia Adotada .....	20
2.2 - Vivência do Pesquisador .....	60
III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	78
3.1 - Descrição e Discussão da Experiência do Paciente Cirúrgico .....	79
A) Descrição do Ambiente do Paciente Ci rúrgico .....	79
B) O Processo Espaço-Temporal Vivido pe lo Paciente Cirúrgico .....	95
C) Discussão do Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico .....	127
3.2 - Identificação e Discussão das Categorias. ....	147
A) "Tendo Perturbações Físicas" .....	147
B) "Buscando Solução" .....	159
C) "Esperando" .....	181
D) "Perdendo Controle" .....	193
E) "Sofrendo Emocionalmente" .....	210
F) "Buscando Explicação" .....	231
G) "Confiando" .....	241
H) "Tendo Ajuda" .....	255
I) "Tendo que ..." .....	287
3.3 - Construção e Discussão da Teoria .....	296

A) Construção da Teoria "Tendo que Ope rar-se" .....	297
B) Discussão da Teoria "Tendo que Ope rar-se" .....	326
3.4 - A Espiritualidade do Paciente Cirúrgico ..	344
A) O "Reconhecimento de um Ser Superior e a Teoria "Tendo que Operar-se" .....	345
B) Discussão da Espiritualidade do Pacien te Cirúrgico .....	354
IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES F RECO MENDAÇÕES .....	367
4.1 - Conclusões .....	367
4.2 - Limitações .....	368
4.3 - Implicações .....	369
4.4 - Recomendações .....	372
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	374
VI - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	383
ANEXOS .....	392

## ÍNDICE DOS DIAGRAMAS

	PÁG.
Diagrama nº 1 - Experiência dos pacientes do primeiro grupo em casa .....	38
Diagrama nº 2 - A categoria " <u>Ajuda</u> " no tempo .....	44
Diagrama nº 3 - Apresentação esquemática da categoria " <u>Ajuda</u> " .....	47
Diagrama nº 4 - Representação das relações entre as categorias .....	50
Diagrama nº 5 - Representação esquemática da teoria em construção .....	51
Diagrama nº 6 - O Processo Espaço-Temporal e os Problemas vividos pelo paciente cirúrgico .....	96
Diagrama nº 7 - Manifestações físicas e mudanças corporais percebidas pelo paciente cirúrgico .....	148
Diagrama nº 8 - As "alterações", os "incômodos" e os "problemas" e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo paciente cirúrgico .....	154
Diagrama nº 9 - Fatores relacionados a origem do " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> " e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo paciente cirúrgico .....	157

Diagrama nº 10 - Diferentes reações e atitudes do paciente cirúrgico na busca de uma solução para as suas dificuldades .....	160
Diagrama nº 11 - " <u>Buscando Solução</u> " e o Processo Espaço-Temporal, vivido pelo paciente cirúrgico .....	177
Diagrama nº 12 - Sentimentos, desejos, ações e reações do paciente relacionados ao fato de ter prazos marcados .....	182
Diagrama nº 13 - O " <u>Esperando</u> " e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo paciente cirúrgico .....	190
Diagrama nº 14 - Vivência de situações e percepções do paciente de que ele não se basta e de que não é mais tão capaz de dirigir sua vida e a vida de outros .....	195
Diagrama nº 15 - " <u>Perdendo Controle</u> " e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo paciente cirúrgico .....	202
Diagrama nº 16 - Sentimentos desagradáveis sentidos e expressos pelo paciente cirúrgico .....	211
Diagrama nº 17 - O " <u>Sofrendo Emocionalmente</u> " e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo paciente cirúrgico .....	224

Diagrama nº 18 - Pensamentos, reflexões e opinião do paciente cirúrgico quanto a doença, cirurgia e sofrimento .....	233
Diagrama nº 19 - Os componentes do " <u>Buscando</u> <u>Explicação</u> " e o <u>Processo Espaço-Temporal</u> vivido pelo paciente cirúrgico .....	238
Diagrama nº 20 - Certezas nas quais o paciente se apegua, nas quais ele acredita e que lhe dão segurança e tranqüilidade .....	243
Diagrama nº 21 - Os componentes do " <u>Confiando</u> " e o <u>Processo Espaço Temporal</u> vivido pelo paciente cirúrgico .....	251
Diagrama nº 22 - Vivências que facilitam a experiência de ser um paciente cirúrgico .....	257
Diagrama nº 23 - Os componentes do " <u>Tendo Ajuda</u> " e o <u>Processo Espaço-Temporal</u> vivido pelo paciente cirúrgico .....	274
Diagrama nº 24 - Sensações e reflexões relacionadas ao fato de o paciente sentir-se obrigado, pressionado ou forçado a ser operado .....	289
Diagrama nº 25 - Os componentes do " <u>Tendo que ...</u> " e o <u>Processo Espaço-Temporal</u> vivido pelo paciente cirúrgico .....	294

Diagrama nº 26 - A categoria " <u>Tendo que ...</u> " e suas sub-categorias interrelacionadas .....	302
Diagrama nº 27 - O Processo do " <u>Tendo que Operar-se</u> " e o sub-processo " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> " .....	306
Diagrama nº 28 - O Processo " <u>Tendo que Operar-se</u> " e os sub-processos " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> " e " <u>Buscando Solução</u> " .....	309
Diagrama nº 29 - Relação entre as categorias que integram o sub-processo " <u>Sentindo</u> " .....	314
Diagrama nº 30 - O Processo " <u>Tendo que Operar-se</u> " e os sub-processos " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> ", " <u>Buscando Solução</u> " e " <u>Sentindo</u> " .....	316
Diagrama nº 31 - A relação das categorias " <u>Buscando Explicação</u> ", " <u>Confiando</u> " e " <u>Tendo Ajuda</u> " com o processo " <u>Tendo que Operar-se</u> " .....	321
Diagrama nº 32 - A Teoria " <u>Tendo que Operar-se</u> " .....	323
Diagrama nº 33 - Características da Crise (CAPLAN, 1980) .....	327
Diagrama nº 34 - Sensações e ações relativas ao " <u>Reconhecimento de um Ser Superior</u> ".	345

Diagrama nº 35 - Aspectos relacionados à expressão do "Reconhecimento de um Ser Supe <u>r</u> rior" .....	348
Diagrama nº 36 - O "Reconhecimento de um Ser Supe <u>r</u> rior" e o Processo Espaço-Tempo <u>r</u> al vivido pelo paciente cirúrgi <u>i</u> co .....	351

## ÍNDICE DOS QUADROS

	PÁG.
Quadro nº 01 - Codificação das informações referentes ao dia da internação de um paciente .....	39
Quadro nº 02 - Primeira categorização dos dados relacionados a questão " <u>Apoio/Ajuda</u> " ....	41
Quadro nº 03 - Parte da categoria " <u>Ajuda</u> ", agora já mais organizada .....	42
Quadro nº 04 - A sub-categoria " <b>Fazer</b> ", componente da categoria " <u>Ter Ajuda</u> " .....	45
Quadro nº 05 - Manifestações físicas ou mudanças corporais percebidas pelo paciente como " <u>Alterações</u> ", " <u>Incômodos</u> " e " <u>Problemas</u> " .....	151
Quadro nº 06 - " <b>Tentando resolver</b> " e suas componentes .....	163
Quadro nº 07 - " <b>Tentando Tirar da Mente</b> " e seus componentes .....	174
Quadro nº 08 - O " <b>aguardando</b> " e seus componentes ....	184
Quadro nº 09 - " <b>Tendo um misto de sentimentos</b> " e seus componentes .....	186
Quadro nº 10 - O " <b>não conseguindo cuidar de si</b> " e " <b>não sabendo</b> " e seus componentes .....	197
Quadro nº 11 - " <b>Tendo sensações</b> " e suas componentes .....	199
Quadro nº 12 - O " <b>medo</b> " e seus componentes .....	213



Quadro nº 13 - A "agonia" e seus componentes .....	215
Quadro nº 14 - O "nervosismo" e seus componentes ....	216
Quadro nº 15 - A "preocupação" e seus componentes ...	218
Quadro nº 16 - O "falando" e seus componentes .....	219
Quadro nº 17 - O "sendo diferente" e seus componen <u>tes</u> tes .....	221
Quadro nº 18 - O " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> " como expressão do " <u>Sofrendo Emocionalmen-</u> <u>te</u> " .....	222
Quadro nº 19 - "Buscando a razão" e seus componentes.	235
Quadro nº 20 - "Buscando significado" e seus compo <u>nen</u> tes .....	236
Quadro nº 21 - O "lembrando-se" e seus componentes ..	244
Quadro nº 22 - "Crendo" e seus componentes .....	245
Quadro nº 23 - "Apegando-se" e seus componentes .....	246
Quadro nº 24 - "Entregando-se" e seus componentes ...	246
Quadro nº 25 - "Razão" para o " <u>Confiando</u> " .....	248
Quadro nº 26 - O "tendo companhia" e seus componen <u>tes</u> tes .....	259
Quadro nº 27 - O "tendo quem faça" e seus componen <u>tes</u> tes .....	260
Quadro nº 28 - O "sendo confortado" e seus compo <u>nen</u> tes .....	261
Quadro nº 29 - "Sendo esclarecido" e seus componen <u>tes</u> tes .....	263
Quadro nº 30 - O "tendo apoio ou retaguarda espiri <u>tu</u> <u>al</u> " e seus componentes .....	265
Quadro nº 31 - O "tendo a atenção desviada" e seus componentes .....	267

Quadro nº 32 - Os componentes do " <u>Tendo que ...</u> " ....	292
Quadro nº 33 - A categoria " <u>Tendo que ...</u> " e suas sub-categorias .....	301
Quadro nº 34 - A categoria " <u>Tendo Perturbações Físicas</u> " e suas sub-categorias .....	304
Quadro nº 35 - A categoria " <u>Buscando Solução</u> " e suas sub-categorias .....	307
Quadro nº 36 - O Sub-Processo " <u>Sentindo</u> ", suas categorias e sub-categorias .....	311
Quadro nº 37 - As categorias que amenizam o processo " <u>Tendo que Operar-se</u> " e seus componentes .....	317
Quadro nº 38 - Características particulares da situação .....	325
Quadro nº 39 - O " <u>Reconhecimento de um Ser Superior</u> " e a " <u>Afiliação Religiosa</u> " .....	349
Quadro nº 40 - Comparação da Assistência Espiritual ministrada pelo Clérigo e pelo Enfermeiro (FISH e SHELLY, 1978) .....	361
Quadro nº 41 - Aspectos a considerar no levantamento dos dados, relacionados à espiritualidade do paciente cirúrgico .....	364

## I - INTRODUÇÃO

O interesse pela minha própria espiritualidade e pela espiritualidade do ser humano já me acompanha a algum tempo. Quando fazia meus estudos de graduação em enfermagem os questionamentos e a preocupação com a espiritualidade do paciente, especialmente com a daqueles sob a minha responsabilidade já eram bem evidentes. Na época, eu participava da Aliança Bíblica Universitária, onde nos reuníamos em grupos para estudar, discutir e aplicar a mensagem da Bíblia à realidade do estudante e do futuro profissional. Quando, como aluna de enfermagem, comecei a fazer meus estágios, isso evidenciou-se na preocupação com a assistência integral ao paciente, associando às necessidades bio-psico-sociais, a necessidade espiritual. Eu acreditava que oferecendo-lhe uma assistência espiritual adequada, ajudava-o a viver e enfrentar melhor sua situação de doença e cirurgia, além de contribuir para seu amadurecimento e crescimento pessoal.

Esta postura muitas vezes me trouxe conflitos. Percebia que não conseguia praticar a enfermagem na qual acreditava. Ao mesmo tempo, também notava que os profissionais

ã minha volta, mesmo acreditando numa assistência integral ao paciente, com base no processo de enfermagem e na "teoria das necessidades humanas básicas", da Dra. Wanda A. Horta, esqueciam, não valorizavam ou não sabiam como assistir espiritualmente ao paciente. É certo que eu também percebia a dificuldade dos enfermeiros com os aspectos psico-sociais, mas para mim, a dificuldade com a espiritualidade do paciente era ainda mais evidente. Meu desejo era saber identificar os possíveis problemas relacionados à espiritualidade do paciente, saber prescrever adequadamente os cuidados e executá-los com sensibilidade. Algumas vezes, até me sentia culpada por achar que estava falhando e sendo incoerente com aquilo em que eu acreditava a respeito do ser humano e do mundo.

Aí veio a formatura, e com ela o convite para trabalhar, em tempo integral, com a Aliança Bíblica Universitária. Foi o que fiz por um ano e meio, tempo em que não atuei profissionalmente como enfermeira. Nesta época veio parar em minhas mãos o livro "Spiritual Care - The Nurse's Role", de Sharon Fish e Judith Allen Shelly, que teve o significado de uma grande descoberta, de uma nova luz no atendimento às necessidades espirituais do paciente. O livro teve um impacto semelhante sobre outras enfermeiras, também preocupadas com a mesma questão. Por isso, juntas, nos lançamos ao trabalho de tradução, teste e adaptação do conteúdo do livro à uma situação "mais brasileira". Essa experiência foi rica e o amadurecimento grande. Muitas dúvidas foram respondidas e várias questões foram esclarecidas. Novos questionamentos também surgiram, especialmente aqueles re

lacionados às características da espiritualidade do homem brasileiro, um cliente em potencial para a enfermagem, ou aqueles relacionados à espiritualidade, à cultura brasileira e à prática do cuidado espiritual pela equipe de enfermagem.

Depois desse ano e meio em que trabalhei junto à Aliança Bíblica Universitária, voltei à enfermagem, levando comigo o interesse e a preocupação com a espiritualidade do paciente sob minha responsabilidade. Três anos depois veio a decisão e a possibilidade de fazer o mestrado. A inquietação quanto à espiritualidade fez com que um dos meus objetivos no curso fosse aprofundar o conhecimento no estudo da espiritualidade, o que culminou com a decisão de desenvolver a minha pesquisa na área da espiritualidade do paciente cirúrgico.

Hoje, refletindo sobre a prática da enfermagem, vejo que ela sempre esteve voltada e associada ao cuidado do ser humano. Seu desejo, ao menos teoricamente, sempre foi assistir ao ser humano no seu todo, mesmo que na prática tal desejo muitas vezes não tenha sido alcançado. Sabe-se que o cliente da enfermagem muitas vezes está vivendo uma situação limite, de risco ou ameaça, como é o caso dos pacientes terminais, dos que estão sofrendo de doenças graves e também daqueles que terão que se submeter a uma cirurgia. Nestas situações é comum aflorarem no paciente e nos seus familiares sentimentos e questionamentos que são parte da essência e natureza do ser humano, mas que noutras ocasiões não vem à tona. Acredito que é com a essência total do ser humano que a enfermagem deve estar comprometida

e não "apenas" com os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A enfermagem tem também um compromisso com a espiritualidade do paciente ou cliente, sob seus cuidados. É esse compromisso que torna necessário que os enfermeiros desvendem e conheçam cada vez melhor a natureza do ser humano, especialmente no que se refere à espiritualidade, em que se encontram lacunas importantes.

As ciências humanas evidenciam o fato de o homem não ser alguém limitado ao biológico, psicológico e social. O crescente aprofundamento de estudos na área tem deixado claro que o homem não é "apenas" mais inteligente que os animais, mas que ele tem também outra natureza. O homem é alguém que necessita ver sentido e significado em sua existência e no mundo que o rodeia. O homem precisa entender o mundo e sua vida, na busca de respostas às questões últimas de sua existência (ALVES, 1981:35). Quando o homem vive situações de risco ou ameaça, como quando diante de uma cirurgia, é comum que ele se depare com questionamentos do tipo: Quem sou eu? Porque estou aqui? Como devo viver aqui e agora? Qual a razão ou sentido da vida e da morte? Deus existe? Quem é ele? O homem não consegue resignar-se a ser vivido pelo seu organismo. Sente necessidade de interrogar as coisas e a si mesmo, o que o leva a conscientizar-se e a viver também sua espiritualidade (DEL VALLE, 1975:254-259).

Há autores - alguns enfermeiros - que já refletiram sobre algumas questões teóricas e conceituais relativas à espiritualidade. Quanto a isso, verifica-se que há aspectos com os quais os diversos estudiosos concordam. Como

exemplo, pode-se citar a aceitação geral do fato de a espiritualidade participar da globalidade do ser humano, indo além da afiliação religiosa. Paralelamente, no entanto, nota-se que há aspectos em relação aos quais as opiniões variam. O principal deles é a perspectiva a partir da qual a espiritualidade tem sido estudada e a ênfase dada aos seus diferentes aspectos. Serão detectadas aqui três formas de entender e estudar a espiritualidade.

A primeira, na qual estão incluídos autores como GELAIN (1983:79-80), DANIEL (1983:157-158) e DEL VALLE (1975:254-259), tem definido e associado a espiritualidade com questionamentos, problemáticas, interrogações e aspirações que envolvem a existência, natureza, destino, vida, sofrimento e morte (GELAIN, 1983:79-80). Tais questionamentos possibilitariam ao homem a progressiva conscientização de sua própria transcendência. Vale ressaltar que a posição de DANIEL (1983:157-158 e 1981:10) é um pouco diferente das dos outros dois autores, já que ela faz uma ligação estreita entre os questionamentos e a busca pelo divino, reconhecendo a espiritualidade como instilada por Deus e caracterizada pela religião, pela fé, pela crença e pela filosofia de vida. Sua posição inclui de certa forma aspectos das outras duas linhas de estudo referidas.

Na segunda linha de estudo da espiritualidade podem ser incluídas as reflexões e definições de Hirano (BIOLA COLLEGE DEPARTMENT OF BACCALAUREATE, 1979:1); Vaillot, Fleeger e Van Hankelen (SLAUGHTER, 1979:2-19); Menninger (KEALEY, 1974:15) e o BIOLA COLLEGE DEPARTMENT OF BACCALAUREATE (1979:1). Tais autores têm visto a espiritua

lidade como uma fonte de energia, essência, ou princípio que influencia o homem e que o diferencia do reino animal. Estão aqui incluídos o sistema de crenças, o código ético-filosófico, a crença no sobrenatural, o que a pessoa coloca como supremo (BIOLA COLLEGE DEPARTMENT OF BACCALAUREATE, 1979:1), os valores, idéias, necessidade de crer profundamente em alguém e a necessidade de ultrapassar a si mesmo (CONTINUAD, 1969:5-29).

A terceira linha associa a espiritualidade com uma vida harmoniosa consigo mesma com os outros, a sociedade, a natureza e o universo, destacando especialmente o relacionamento com Deus. A essência da espiritualidade seria a consciência do relacionamento e a busca da harmonia com o Deus vivo e pessoal, criador do universo. Nesta perspectiva, é defendida a idéia de que a espiritualidade, ao menos aquela que ocorre a partir do relacionamento com Deus, teria um momento de nascimento, caracterizado pelo início do relacionamento com Deus (KEALEY, 1974:23-25). Neste momento, um novo espírito, o Espírito Santo, passaria a integrar a espiritualidade do homem. Entre os autores que tem estudado a espiritualidade nessa perspectiva, estão FISH & SHELLY (1978:25-33), Tournier (SILVA, 1979:52), STALLWOOD (1979:242-252) e KEALEY (1974:23-25) e DANIEL (1983:157-158).

Nesta última maneira de ver e entender a espiritualidade e as necessidades espirituais, de acordo com as reflexões teóricas de FISH & SHELLY (1978:35-43) e de STALLWOOD (1975:244-245), foram identificados três tipos de necessidades espirituais: sentido e propósito, amor e relacionamento, e perdão. A necessidade de sentido e propósito, pa



ra as referidas autoras, é basicamente a necessidade do homem de ver ou dar significado a uma determinada experiência. Abrange aspectos como: significado ou sentido na vida, na morte, na doença, no sofrimento, na dificuldade, na crise ou em qualquer outra experiência vivida. Está intimamente relacionado com a esperança, confiança, certeza e responsabilidade nessas situações. A necessidade de amor e relacionamento, por sua vez, envolve o ser social do homem. É a necessidade do homem de amar e de sentir-se amado. Amar a nós mesmos e sentir-nos amados e amar aos outros e a Deus. ~~Amar a nós mesmos e sentir-nos amados e amar aos outros e a Deus.~~ A harmonia nesta área da vida é oposta ao desejo de morte, depressão, solidão, medo, auto-confiança, auto-comiseração e insegurança. O perdão, por outro lado, é basicamente a necessidade de experimentar alívio dos sentimentos de culpa que surgem como parte do dia-a-dia. Tal experiência está intimamente relacionada com o arrependimento e a confissão de culpa. Atitudes de racionalização, auto-crítica, raiva ou amargura não resolvem o sentimento de culpa. Há necessidade de perdão para converter tais reações em alívio, alegria, liberdade e auto-valorização. O atendimento a esses três tipos básicos de necessidades espirituais ocorreria, de acordo com FISH & SHELLY (1978:35 - 43) e STALLWOOD (1979:244-245), no âmbito dos relacionamentos significativos e do relacionamento com Deus.

As três formas apresentadas de considerar a espiritualidade não são opostas, e sim, interligadas e complementares. Elas colocam alguns pontos de referência para a espiritualidade mas não chegam a defini-la com clareza, es

pecialmente no que se refere à sua abrangência ou limites. Além disso, apenas uma das linhas tem aprofundado o estudo da espiritualidade e das necessidades espirituais do cliente da enfermagem, a ponto de identificar seus tipos, características, recursos e utilização do processo de enfermagem no âmbito da espiritualidade (FISH & SHELLY, 1978:55-131; STALLWOOD, 1975:245-252). Nenhum estudo ainda foi realizado para verificar e identificar os seus possíveis pontos de relação e divergência com o objetivo de dar ao enfermeiro uma maior segurança nesse aspecto.

Atualmente, como fruto da ênfase que as ciências humanas têm dado a totalidade e integridade do homem, a proposta da enfermagem tem destacado a assistência holística ao ser humano. Observando as teorias desenvolvidas para fundamentar a prática da enfermagem, como a do Alcance dos Objetivos, do Auto-Cuidado, da Homeodinâmica, da Adaptação ou a teoria das Necessidades Humanas Básicas, percebe-se a crescente preocupação com uma assistência holística e centrada no cliente, a qual implicitamente inclui a assistência à espiritualidade (FITSPATRICK e WHALL, 1983:137-181, 221-261; HORTA, 1979:3-31, 38-41). Mesmo que destas, apenas uma das teorias, a das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda A. Horta, faça referência clara e explícita à espiritualidade, nenhuma a exclui como parte da assistência holística ao ser humano. No modelo de adaptação de Roy (ROY & ROBERTS, 1981:42-48), por exemplo, a espiritualidade pode estar implicitamente incluída, desempenhando papel único e de grande importância na adaptação e no enfrentamento do mundo. Ela é, sem dúvida, uma força de apoio importante.

Na teoria do Auto-Cuidado de Orem (OREM, 1980:35-53) a espiritualidade também se encontra implicitamente presente na questão da adaptação aos estressores. Sendo a espiritualidade parte do todo do homem, levaria direta ou indiretamente a uma maior competência de auto-cuidar-se. King, na teoria do Alcance dos Objetivos (KING, 1981:10-13), ao aceitar como marco conceptual os sistemas abertos deixa um espaço livre para um possível "sistema espiritual" - na forma de um sistema mais amplo que o social, que permearia simultaneamente os demais sistemas, pessoal e inter-pessoal. A espiritualidade pode ser, sem dúvida, um importante recurso facilitador da interação entre os três sistemas considerados por King - social, inter-pessoal e pessoal - como também para o homem no desempenho de seus papéis e alcance da saúde. Rogers, por sua vez, nos seus pressupostos teóricos da teoria da Homeodinâmica (ROGERS, 1981:43-54, 95-102), trata de idéias como holismo, integridade, harmonia, troca de matéria e energia como o meio. Quando se fala em holismo não se pode ignorar a espiritualidade. Na harmonia do homem consigo mesmo e com os outros, como também na troca de energia com o meio, a espiritualidade também não pode ser esquecida ou desconsiderada. Sua participação, influência e presença deve ser considerada, mesmo que ainda não suficientemente esclarecidas (SIEBERT, 1984:13-17). HORTA (1979:38-41), por sua vez, conforme já mencionado, faz referências, mesmo que limitado, em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas, à espiritualidade como um dos objetivos da enfermagem. Ela (HORTA, 1979:39) afirma também que uma alteração em qualquer área da vida do homem afeta

rã em maior ou menor grau as demais. Alterações biológicas podem levar a alterações psico-sócio-espirituais.

Uma das primeiras pesquisas que se preocupou com a percepção do doente hospitalizado quanto à sua própria espiritualidade foi a realizada por KEALEY em 1974. Ela (KEALEY, 1974:49, 111-114), numa das etapas do seu estudo exploratório, entrevistou 40 pacientes, para verificar como eles percebiam suas necessidades espirituais. Constatou que dois quintos dos sujeitos de sua amostra disseram estar conscientes da existência da necessidade espiritual durante a hospitalização. Verificou também que os aspectos espirituais e religiosos são importantes para alguns pacientes e como tal são partes integrantes de suas forças de enfrentamento durante crises como a doença. MARTIN, BURROW e POMILIO (1978:150-166) realizaram em 1976 um "survey" com 90 pacientes internados, utilizando questionários e entrevistas. Verificaram que quase a metade deles disseram experienciar alguma necessidade espiritual, sendo que a grande maioria (84%) concordou com a afirmativa de que a pessoa doente pensa mais no seu relacionamento com Deus que aquela que não está doente. Em 1979, SLAUGHTER (1979:27, 45-54) utilizando questionários, encontrou resultados semelhantes no estudo exploratório que realizou junto a 13 pacientes oncológicos, quanto a suas necessidades espirituais. A grande maioria dos sujeitos de sua pesquisa (84,1%) foram capazes de identificar uma ou mais necessidades espirituais, consideradas por eles como significativas e importantes.

Nos referidos estudos, os pesquisadores também identificaram os tipos de necessidades espirituais presen

tes no doente hospitalizado e os recursos mais desejados para o seu atendimento. KEALEY (1974:111) encontrou como mais citadas, conforme a opinião do próprio paciente, as seguintes necessidades espirituais: auxílio para enfrentar o medo, conforto na solidão, apoio para manutenção da fé e relacionamento com os membros da comunidade religiosa, ajuda na aceitação de um mau prognóstico, asseguração de que fez a decisão correta, existência de alguém para ou ví-lo e entendê-lo, presença de um clérigo eficiente e a oportunidade de participar de serviços religiosos. MARTIN, BURROW e POMILIO (1978:150-166) encontraram resultados se melhantes. No seu estudo, as necessidades referidas com maior frequência foram: auxílio para enfrentar o medo da morte, consciência da presença de Deus, expressão de cuidado e apoio por outras pessoas e recebimento dos sacramentos. SLAUGHTER (1979:45-46), por sua vez, encontrou como mais citadas a necessidade de esperança, oração, significado e propósito na vida e segurança do amor de Deus.

Outro estudo, um "survey" realizado por HESS (1969:147-149) com 109 pacientes internados em diferentes locais nos Estados Unidos, apresentou como necessidades es pirituais mais freqüentes: oração, necessidades relacionadas com a solidão e a falta de consciência da presença de Deus. Hess também verificou no seu estudo que as necessidades espirituais expressas variavam segundo o sexo e a afi liação religiosa. As mulheres expressavam mais comumente a necessidade de oração, do conhecimento da presença de Deus e contato com um conselheiro espiritual. Os homens, por sua vez, expressavam mais freqüentemente a neces

sidade de achar significado na vida, na morte e no sofrimento, incapacidade de referir-se à sua necessidade espiritual bem como a indisposição em discutí-la e o sentimento de culpa.

O papel do enfermeiro, assim como os recursos existentes ou indicados no atendimento das necessidades espirituais do doente hospitalizado, também são aspectos já explorados em algumas pesquisas. Aqui eles serão focalizados sob duas perspectivas: a do cliente e a do profissional. Será abordada primeiramente a perspectiva do cliente.

Um dos primeiros estudos que se preocupou com a opinião dos pacientes, quanto ao papel do enfermeiro na assistência à espiritualidade, foi o realizado por YANOSH, em 1966. Ela (YANOSH, 1966:48-50), entrevistando 20 pacientes em pré-operatório de cirurgia torácica, verificou que mais da metade dos pacientes de sua amostra, foram da opinião que os enfermeiros são muito ocupados para ajudá-los na espiritualidade. Citaram, no entanto, como possíveis formas de auxílio, o interesse do enfermeiro pelo cliente, ouvindo-o e vendo-o como indivíduo, sendo compreensivo e sincero. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados por HESS (1969) e MARTIN, BURROW e POMILIO (1978). HESS (1969:147-149) verificou que as questões espirituais são mais freqüentemente discutidas com conselheiros espirituais e, apenas num segundo plano, com os enfermeiros, familiares, amigos, psiquiatra, outro pessoal do hospital ou Deus. Quanto à assistência espiritual prestada por parte da enfermagem, a opinião da maioria dos pacientes entrevistados confirmou os resultados do estudo de Yanosh: os enfer

meiros foram considerados muito ocupados para tal. Alguns também disseram que gostariam de receber assistência mas não sabiam como. Outros, ainda, não consideravam a assistência espiritual como parte da responsabilidade do enfermeiro. Ouvir, contactar com o capelão, conversar, ser simpático, discutir assuntos religiosos e orar foram as formas de auxílio mais citadas. No estudo realizado em 1976 por MARTIN, BURROW e POMILIO (1978:150-166) foi constatado que mais da metade dos pacientes que experimentaram alguma necessidade espiritual falavam com uma ou mais pessoas a este respeito. Um clérigo era o confidente mais freqüente. Os recursos que, na opinião deles, poderiam ser úteis, restringiam-se a uma atitude terapêutica por parte do enfermeiro: ouvir, chamar o clérigo, ser agradável, bondoso e cortês.

KEALEY (1974:49, 111-114), em parte do estudo anteriormente citado, procurou verificar qual o papel do enfermeiro no atendimento às necessidades espirituais, confrontando as opiniões dos pacientes, com a dos enfermeiros. Para isso, além de entrevistar 40 pacientes, aplicou questionários a 23 enfermeiros. Verificou que pacientes e enfermeiros demonstraram ter pontos de vista semelhantes quanto ao papel do enfermeiro e aos recursos úteis no atendimento à espiritualidade. De forma geral, os enfermeiros não eram vistos como tendo um papel proeminente, mesmo que às vezes fosse esperado deles apoio emocional e espiritual, especialmente no caso de pacientes graves, de doentes terminais ou de doentes solitários. A principal diferença encontrada foi quanto a iniciativa. Os pacientes esperavam

que a iniciativa fosse do paciente na solicitação da assistência espiritual. O tipo de assistência esperada por alguns dos pacientes incluía a oração, a leitura da Bíblia, o contato com o clero ou a participação em atividades de louvor. Mesmo quando os enfermeiros relatavam que já desempenharam alguma atividade neste sentido e ressaltavam sentirem-se confortáveis nesta função, consideravam-se pouco habilitados para um papel ativo.

Dois outros estudos realizados nos Estados Unidos mostraram que estudantes e enfermeiros reconhecem a espiritualidade como parte de sua responsabilidade. O primeiro deles, realizado por Fitzgibbon (BLECKE, 1963:32), verificou, com base nos planos de cuidado e entrevista, a opinião de 25 estudantes de enfermagem católicas, que reconheceram a existência das necessidades espirituais. Todas referiram-se a responsabilidade da enfermagem na assistência à espiritualidade do paciente, mas disseram sentir dificuldades em desempenhar o papel que acreditavam caber a elas. O outro estudo realizado em 1973 por CHADWICK (1978:168-169), com 34 enfermeiros, versando sobre consciência e preparo dos enfermeiros quanto ao atendimento às necessidades espirituais, demonstrou que a totalidade dos entrevistados tinha consciência da presença de necessidades espirituais ao menos em alguns pacientes. A maioria referiu prestar algum tipo de assistência espiritual, como ler a Bíblia ou orar com o paciente. Disseram também sentirem-se confortáveis desempenhando tais funções, mesmo que a maioria apreciasse a idéia de alguma educação adicional neste sentido.

A necessidade de ter que se submeter a uma cirur



gia, envolve tanto aspectos objetivos como subjetivos. O choque da doença, a destruição do próprio corpo e a possibilidade de morte levam a perturbações psico-espirituais (GELAIN, 1983:81-82). A hospitalização e o fato de o paciente ter que relacionar-se com pessoas que até então lhe eram estranhas, como também, a cirurgia e o fato de ter que se submeter a procedimentos que lhe são desconhecidos, levam a sensação de que seu corpo está sendo manipulado por estranhos (FARIAS, 1981:3), fazendo o paciente sentir-se ameaçado. Toda essa situação favorece o questionamento do referencial quanto à sua vida e morte, trazendo mais à tona a espiritualidade do paciente, como também a de seus familiares.

A consulta da literatura sobre o assunto indica que pouco tem sido pesquisado especificamente sobre a espiritualidade do paciente cirúrgico. Foram encontrados apenas dois estudos; um nacional, que trata da necessidade religiosa dos pacientes em fase pré-cirúrgica (ARAÚJO, 1976) e outro, estrangeiro, referente ao significado da vida e às necessidades espirituais de pacientes em pré-operatório de cirurgias torácicas (YANOSH, 1966). O estudo de ARAÚJO (1976:7-24 e 31-33), realizado no Brasil, entrevistando 200 pacientes hospitalizados em fase pré-operatório, revelou que quase a totalidade dos sujeitos entrevistados acreditava em Deus e que tal confiança diminuía o temor da cirurgia, muito comum nestes pacientes, mesmo que muitos deles, enquanto internados, fossem incapazes de realizar suas práticas religiosas. O estudo exploratório realizado por YANOSH (1966:48-50), entrevistando 20 pacientes em

pré-operatório de cirurgias torácicas, revelou que o que da va significado à vida dos pacientes é a família, Deus e a prática religiosa. Nesse estudo, as necessidades espiri tuais foram descritas pelos entrevistados como algo rela cionado com um ser supremo, fé em Deus, leitura da Bíblia, participação na igreja e oração.

Estas pesquisas merecem alguns comentários adicio nais. As duas pesquisas realizadas sobre a percepção ou opinião dos pacientes cirúrgicos quanto à sua espirituali dade ou necessidade religiosa (ARAÚJO, 1976 e YANOSH, 1966) identificaram-nas em apenas um ponto do processo vivido pe lo paciente cirúrgico. Ambas realizaram as entrevistas no dia anterior à cirurgia, o que evidencia a situação, expe riência e percepção do paciente naquele momento. A vivên cia pré-operatória do paciente transcende o momento, ou o dia que antecede a cirurgia. Pode-se questionar, por exem plo, o momento em que a experiência tem início para o pa ciente, qual sua evolução e quais suas características nos diferentes momentos da experiência de cirurgia. Há um va zio total quanto à experiência de ser um paciente cirúrgi co em pós-operatório e quanto ao modo de relacionamento des sa experiência com sua espiritualidade ou necessidades es pirituais. Ser um paciente cirúrgico envolve ameaça e ris co de vida, pois a possibilidade de morte dificilmente é de todo excluída pelo paciente, o que está intimamente li gada às suas necessidades espirituais. Por isso a análise de um fragmento estanque e estático da situação corre o ris co de ser parcial e até superficial.

As demais pesquisas que se preocuparam com as ne

cessidades espirituais do paciente hospitalizado, os recursos desejados para o seu atendimento e a expectativa quanto ao papel do enfermeiro, também basearam suas análises em dados coletados num momento único. Cada paciente foi entrevistado uma única vez, o que evidencia sua vivência naquele preciso momento, mesmo que ele relate ao entrevistador experiências ou vivências anteriores àquele momento. Com isso, perde-se também a visão das necessidades espirituais, dos recursos desejados para o seu atendimento e das expectativas quanto ao papel do enfermeiro durante a hospitalização, desde a internação até a alta.

Um outro aspecto que merece ser comentado são os instrumentos utilizados na coleta de dados, nos quais baseia-se a análise. Tanto as duas pesquisas que se preocuparam com as necessidades espirituais ou religiosas no pré-operatório, quanto as demais pesquisas que se preocuparam com as necessidades espirituais do paciente hospitalizado, podem ser considerados estudos exploratório-descritivos, cujos dados foram levantados a partir da utilização de questionários e entrevistas com roteiros previamente estabelecidos, com forte predomínio das questões fechadas e analisados através de utilização de estatísticas descritivas. Isto pode ter limitado as respostas dos sujeitos das pesquisas no tocante as opções de respostas oferecidas pelos instrumentos que possivelmente, nem sempre abrangem todas as possibilidades de resposta. É necessário também mencionar o fato de os instrumentos não fazerem uma distinção clara entre o que seriam as necessidades espirituais propriamente ditas e os recursos indicados para o seu atendimento.

São colocados num mesmo nível nos instrumentos aspectos como esperança, segurança do amor de Deus, significado e propósito na vida e, por exemplo, a oração ou a existência de alguém para ouvir o paciente, que são os recursos através dos quais as três necessidades espirituais citadas poderiam ser atendidas ou satisfeitas, não são por isso necessidades espirituais propriamente ditas. Essa falta de clareza ou de precisão metodológica está refletida também nas conclusões dos mesmos estudos.

Nota-se que o conhecimento gerado por essas pesquisas não tem sido suficientemente utilizado na assistência ao paciente. Talvez, justamente pelas lacunas e falta de clareza acima citadas, é que não se tem conseguido por esses conhecimentos em prática. A falta de um esquema ou modelo teórico claro e bem fundamentado na vivência do cotidiano do paciente e da enfermagem talvez seja um dos pontos que favorece a não aplicação desses conhecimentos à prática da enfermagem brasileira. É necessário que se aprofunde o estudo da espiritualidade, sua manifestação, sua relação com o contexto doença-hospitalização-cirurgia, seus problemas e recursos presentes no cotidiano da vida hospitalar. É necessário também que se conheça mais da espiritualidade do homem brasileiro, especialmente quando vivenciando a doença, hospitalização e cirurgia. Com exceção do estudo de ARAÚJO (1976), todos os outros estudos tiveram como sujeitos pacientes americanos, cujas características e necessidades ligadas à espiritualidade podem diferir dos pacientes brasileiros. Parece que a assistência espiritual tem sido mais intuitiva e limitada à afiliação reli

giosa, com pouco ou nenhum planejamento, fundamentação científica e aprofundamento da reflexão teórica (STALLWOOD, 1979:242)..

Foi a consciência dessa situação, somada ao interesse pessoal pela espiritualidade, e a reflexão possibilitada pelo mestrado quanto aos aspectos teóricos e práticos da enfermagem e da pesquisa em enfermagem, que motivou a decisão em estudar a espiritualidade do paciente cirúrgico. Motivou também o desejo e a decisão de fazê-lo através de um convívio mais próximo e constante com o paciente, com a equipe de saúde e instituição hospitalar, na tentativa de conhecer melhor o processo global e dinâmico vivido pelo paciente, suas percepções quanto à espiritualidade, suas manifestações e sua relação com o contexto doença-hospitalização-cirurgia, nos diferentes momentos da experiência. O interesse era conhecer a dinâmica dos fatores envolvidos na experiência do paciente cirúrgico e sua relação com a espiritualidade. A falta de um marco, modelo ou esquema teórico fundamentado na prática e no cotidiano da vida do paciente cirúrgico é que levou a partir na direção da construção de um esquema ou modelo que, fundamentado na prática e na vida do paciente cirúrgico e de suas necessidades espirituais, ajudasse a entender melhor sua espiritualidade. A partir disto pode-se dizer que o objetivo do presente trabalho foi estudar a experiência e a espiritualidade de pacientes que se submetem à cirurgia, especificamente dos que se submetem a cirurgias necessárias de pequeno e médio porte.

## II - METODOLOGIA

Neste capítulo está descrito todo o caminho trilhado pelo pesquisador durante o desenvolvimento do estudo. Para facilitar o entendimento, a metodologia adotada no presente estudo será apresentada em duas partes. Na primeira parte foram abordados os aspectos metodológicos, como o local do estudo, a proteção aos direitos humanos, a coleta dos dados, a seleção dos grupos, o registro e guarda das informações, a análise dos dados e o rigor do estudo. Na segunda parte foram abordados os aspectos relativos à vivência do pesquisador durante a coleta e análise dos dados - como suas reações, sentimentos e decisões no que se refere à entrada no campo da pesquisa, ao redirecionamento do estudo da espiritualidade, à análise dos dados, à saída do campo de pesquisa, abordando-se ainda o significado e dificuldades pessoais encontradas no desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa.

### 2.1 - Metodologia Adotada

A linha metodológica adotada neste estudo é quali

tativa, já que o ponto de partida foi a espiritualidade no cotidiano da experiência do paciente cirúrgico. Numa pesquisa qualitativa, o lugar assumido pela metodologia difere daquele que ela tradicionalmente ocupa numa pesquisa quantitativa. Nesta, a metodologia se refere aos procedimentos e ao ato de coleta de dados, ela é desenvolvida de acordo com os passos seqüenciais dos atos da pesquisa (SWANSON e CHENITZ, 1982:243). A metodologia, numa pesquisa qualitativa é vista como o processo total do estudo, incluindo todo o ato científico e não apenas uma porção selecionada. O projeto da pesquisa e o seu relatório final são aspectos que também fazem parte da metodologia. Ela inicia antes e continua mesmo após o término da coleta e análise dos dados. A metodologia qualitativa também não é seqüencial, mas simultânea (SWANSON e CHENITZ, 1982:243). Isto não quer dizer que não seja seguida uma seqüência nas várias etapas da pesquisa, mas que há um livre e constante retorno a etapas anteriores. A simultaneidade que caracteriza a pesquisa qualitativa - e em especial a "Teoria Fundamentada nos Dados", metodologia escolhida para este estudo - se refere ao fato de que a coleta dos dados e sua análise deverem ocorrer concomitantemente, para possibilitar um constante "ir e vir" da coleta para análise e da análise para coleta de dados. Essa simultaneidade leva a uma outra característica da metodologia qualitativa sobretudo a Teoria Fundamentada nos Dados: a flexibilidade. O "ir e vir" constante possibilita progressivas e gradativas adaptações e mudanças no plano inicial. Devem ocorrer alterações quando o plano inicial está dificultando o estudo e o

conhecimento do cotidiano da situação em estudo, tal qual ela é.

Dentre as várias metodologias qualitativas, optou-se pela "Grounded Theory", ou seja, "A Teoria Fundamentada nos Dados". Esta opção deveu-se ao fato de a idéia inicial do estudo ter sido estudar comparativamente a espiritualidade do paciente cirúrgico, para a construção de um modelo ou esquema teórico fundamentado na prática e na experiência de diferentes grupos de pacientes cirúrgicos. A "Teoria Fundamentada nos Dados", segundo GLASER e STRAUSS (1967:1), consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Por isso, essa metodologia tem se mostrado muito útil ao estudo de áreas inexploradas, ou para descobrir novas perspectivas de situações familiares (PATTERSON, 1984:21-22). Ela conduz à construção de uma teoria substantiva, baseada em dados obtidos através de entrevistas, observações e documentos ou através de métodos combinados. GLASER e STRAUSS (1967:45, 62) falam da importância da coleta de informações junto a grupos de pacientes e de situações com características diferentes para possibilitar a análise comparativa dos dados.

A amostragem adotada não é estatística. Ela é teórica, ou seja, o pesquisador procura, para incluir na amostra, grupos de pacientes ou situações que podem ampliar e aprofundar a teoria em desenvolvimento. Os grupos que progressivamente vão sendo selecionados para integrarem a amostra são aqueles que melhor propiciarão a continuidade da construção da teoria. Por isso, a direção da coleta de da



dos é determinada pela própria teoria que está nascendo. O número limite de pacientes ou situações que devem integrar cada grupo é determinado pela saturação teórica. No momento em que se percebe a saturação teórica, ou seja, no momento em que as informações começam a se repetir e dados novos ou adicionais não são mais encontrados, a amostra do grupo em questão é considerada completa (GLASER e STRAUSS, 1967:61-62). Os dados coletados junto a esses grupos são analisados comparativamente para possibilitar a construção de uma teoria substantiva que, com maior propriedade, espelhe a realidade em estudo.

O método de coleta de dados que caracteristicamente é adotado na metodologia da "Teoria Fundamentada nos Dados" é a Observação Participante. Este método, segundo Kluckhohn (NOGUEIRA, 1975:92), implica uma "co-participação consciente e sistemática, tanto quanto as circunstâncias permitirem, nas atividades comuns de um grupo de pessoas e, se necessário, nos seus interesses, sentimentos e emoções. Tem como objetivo obter dados sobre o comportamento, através de contatos diretos, em situações específicas, nas quais as distorções resultantes do fato de ser o investigador agente estranho são reduzidas ao mínimo. No presente estudo a opção por esse método deveu-se justamente a essas características, pois a pretensão foi estar ao lado do paciente cirúrgico para melhor compreender seus sentimentos, atitudes, comportamentos, pensamento e opiniões. Durante todo o tempo em que foi realizada a coleta dos dados, desenvolvi normalmente a atividade de docente da disciplina de enfermagem cirúrgica, acompanhando estágio dos

alunos na unidade onde também foram coletados os dados. Desta forma, o papel de pesquisador, assumido durante a realização do estudo, variou de observador como participante a participante como observador. Segundo PEARSALL (1965:37-38), um pesquisador é dito observador como participante, quando observa mais que participa das atividades do grupo. No meu caso, isso pode ser exemplificado com aquelas situações em que observei o paciente ao mesmo tempo em que assessorava os alunos em estágio. O inverso se aplica ao papel de participante como observador. Neste caso, o pesquisador participa mais que observa, como por exemplo, no meu caso, quando prestei assistência direta ao paciente ou quando junto com ele participava das atividades relativas à situação que estava vivendo. A maior ênfase recaiu no papel de participante como observador. Ao mesmo tempo, considerando a classificação adotada por LOFLAND (1971:93-95), fui uma pesquisadora do tipo "conhecido" já que minha identidade de pesquisadora foi revelada, conforme garantia a proteção dos direitos humanos.

#### Local do Estudo:

O estudo foi realizado no único hospital geral de uma cidade. Na época, contava o hospital com aproximadamente 350 leitos, distribuídos nas clínicas médicas, cirúrgicas, infecto-contagiosa, maternidade, berçário, neurologia, centro de terapia intensiva e pronto socorro. Tinha um bom fluxo de pacientes, possibilitando a formação de grupos de pacientes com características diferentes.

Esse hospital também tinha a função de hospital-

escola, pois lá eram desenvolvidos a maior parte dos estágios da faculdade de enfermagem, inclusive os estágios de enfermagem cirúrgica, disciplina que eu lecionava. O convênio existente entre este hospital e a instituição onde eu trabalhava facilitou o acesso ao hospital e a coleta dos dados.

#### A Proteção dos Direitos Humanos:

Para preservar os direitos dos pacientes que participaram da amostra do estudo, como também da instituição onde foi realizada a coleta dos dados, foram tomadas duas providências:

1º) A consulta e o esclarecimento: a direção da instituição onde foi realizado o estudo foi comunicada, consultada e esclarecida quanto a viabilidade da realização do presente estudo. Uma cópia do projeto foi entregue à administração do hospital e à chefia de enfermagem. Os pacientes que fizeram parte da amostra, como também seus familiares, os profissionais e outras pessoas que, com suas informações, participaram do estudo, também foram consultados e esclarecidos. Eles foram informados quanto aos objetivos, importância e utilidade do estudo, e a razão de terem sido escolhidos para integrarem a amostra. Aos pacientes era dito que não teriam qualquer benefício pessoal direto com o fato de estarem participando do estudo, mas que estariam contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem no futuro. Foi-lhes garantido o direito de posteriormente desistir de participar do estudo. A coleta de dados só foi iniciada após o consentimento verbal da adminis

tração do hospital, da chefia de enfermagem e de cada informante.

29) A garantia do anonimato e do sigilo: Durante a coleta e a análise dos dados e durante a elaboração do relatório final, foi mantido o sigilo das informações prestadas e o anonimato dos informantes e da instituição onde foram coletados os dados. No relatório final, o nome e os dados - como idade, número de filhos e ocupação dos pacientes - foram alterados, para evitar que pudessem ser identificados. Também foram alterados os dados que pudessem identificar a instituição onde foi realizado o estudo, por exemplo, a localização das unidades, assim como foi ômitido o local de residência dos pacientes.

#### A Coleta dos Dados:

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, realizada nos meses de abril, maio e junho de 1985, o objetivo foi conhecer o ambiente e o cotidiano da espiritualidade do paciente cirúrgico. Para isto, procurou-se observar os pacientes e conversar com eles, com familiares e profissionais envolvidos na assistência espiritual ao paciente. O maior convívio foi com a realidade da unidade cirúrgica localizada no quarto andar, mesmo que contatos constantes fossem mantidos com pacientes e profissionais de outras unidades. Durante essa etapa diversos pacientes, ainda não arranjados em grupos, integraram a amostra do estudo. O critério inicialmente adotado para seleção dos pacientes foi o grau de expressão de suas necessidades espirituais. Foi dada maior atenção e aprofundada a

interação com os pacientes que demonstravam mais evidentemente suas necessidades religiosas. Outro critério que influenciou na escolha dos pacientes foi a gravidade da situação vivida por eles. Dispensou-se maior atenção aos pacientes mais graves. As fontes e técnicas adotadas foram basicamente as anteriormente planejadas (Anexo I). Nesta primeira etapa foram utilizadas como fontes para coleta dos dados a instituição, o administrador, as pessoas envolvidas na assistência espiritual ao paciente, o próprio doente hospitalizado e sua família. As técnicas utilizadas foram: a observação, a entrevista informal e semi-estruturada, a participação e a consulta a documentos como o prontuário do paciente. Nem tudo o que fora planejado neste sentido foi efetivamente realizado, devido ao redirecionamento da do ao estudo da espiritualidade do paciente cirúrgico.

A segunda etapa de coleta dos dados, realizada nos meses de julho a dezembro de 1985, teve como objetivo principal verificar e entender as vivências centrais do paciente cirúrgico, incluindo sua espiritualidade, nos diferentes momentos de sua experiência, em casa, no dia anterior à cirurgia, no dia da cirurgia e nos dias subsequentes. Por isso, ela foi centralizada no próprio paciente. A família, o prontuário, a equipe de saúde e outros pacientes passaram a ser considerados fontes paralelas, consultadas quando necessário. Forneciam dados adicionais, para completar os fornecidos pelo próprio paciente (Anexo II). As técnicas utilizadas, para obter as informações quanto às vivências centrais do paciente cirúrgico e sua espiritualidade, foram: observação, entrevistas semi-estruturadas, entrevis

tas não estruturadas, participação na experiência como su pervisor(a) do estágio de alunos de graduação, participação na experiência dando assistência direta ao paciente e, por último, consulta a documentos (Anexo II). Nessa etapa foi utilizado o processo de amostragem teórica. Três diferen tes grupos de pacientes integram a amostra do estudo.

#### A Seleção dos Grupos:

Ao todo, foram trinta e um paciente que participa ram da segunda etapa deste estudo. Todos se submeteram à cirurgias consideradas necessárias, ou seja, cirurgias que deveriam ocorrer em poucas semanas para que não houvesse prejuízo da saúde do paciente (BRUNNER & SUDDARTH, 1980: 81). Eles integraram os três diferentes grupos de pacientes que serviram de base para a análise comparativa dos dados. A formação de cada um dos três grupos foi seqüencial e não paralela, de acordo com os princípios da amostragem teóri ca. Só se partiu para coletar os dados junto ao segundo gru po de pacientes, após a análise inicial dos dados do pri meiro grupo. As duas características que foram observadas na formação dos grupos foram: se a internação foi préviden ciária ou particular e se a cirurgia foi de pequeno ou mê dio porte. O critério básico utilizado para selecionar os pacientes que fariam parte de cada um dos grupos foi sua ordem de internação. O primeiro paciente a internar aos do mingos, segundas, terças e quintas feiras, desde que aten desse às características do grupo em questão, é que fez par te do estudo.

O primeiro grupo foi formado por doze pacientes

cirúrgicos previdenciários e que realizaram procedimentos cirúrgicos considerados simples. Destes, quatro eram homens e oito eram mulheres. As idades variaram entre vinte e setenta e três anos. Tereza foi a paciente mais jovem e Oscar o mais idoso. A maioria dos pacientes, nove deles, eram casados. Somente Fátima não tinha filhos. Oscar tinha o maior número de filhos. Nenhum dos pacientes estudou além da 4a. série do 1º grau. A maioria deles era de classe média e católicos. Somente Marina era da Assembléia de Deus. A origem étnica foi variada: italiana, alemã, polonesa, espanhola, portuguesa, indígena e brasileira. A ocupação dos pacientes também foi variada, embora a maioria das mulheres não trabalhasse fora de casa. Todos os homens, com excessão de Oscar, se submeteram a hernioplastias. Oscar submeteu-se a correção cirúrgica de hidrocele de bilateral. Todas as mulheres, menos Eliana, realizaram cirurgias ginecológicas. A cirurgia de Eliana foi uma septoplastia devido a um desvio do septo nasal resultante de traumatismo em acidente de trânsito (Anexo III).

O segundo grupo de pacientes que fez parte da amostra é composto de nove pacientes cirúrgicos, previdenciários e que realizaram procedimentos cirúrgicos considerados de médio porte. Eram quatro homens e cinco mulheres. As idades variaram entre vinte e um e quarenta e oito anos, sendo Suelie e Marisa as mais jovens e José o de mais idade. Somente dois pacientes, Sandra e Sueli, não eram casadas. Além delas, somente Marisa não tinha filhos. Os outros pacientes todos tinham entre um e dez filhos. Maria é a paciente com maior número de filhos. Todos os pacientes eram alfabetizadas.

dos. Marisa é a única que chegou a cursar o segundo grau, mas sem concluí-lo. Quase todos os pacientes foram considerados da classe média, apenas dois, Sílvia e José, foram considerados da classe baixa. Quanto à religião, só duas pacientes não eram católicas: Sílvia e Maria. Ambas são crentes, mesmo que Maria tenha se afastado de sua igreja ao se casar com católico. A maioria - cinco pacientes - disse ser "brasileiros". Apenas quatro admitiram ter outra etnia além da brasileira. A ocupação dos pacientes variou muito, desde pedreiro até biscateiro ou operário. Todas as cirurgias foram no sistema digestivo ou urinário com exceção de Sueli que sofreu uma esplenectomia, devido a púrpura (Anexo IV).

O terceiro grupo é formado de dez pacientes cirúrgicos particulares, dos quais cinco se submeteram a procedimentos cirúrgicos considerados simples e cinco a procedimentos cirúrgicos considerados de médio porte. Destes dez pacientes, cinco são homens e cinco são mulheres. Apenas um único paciente, Marcos, tinha menos de quarenta anos. O paciente mais idoso do grupo é Francisco, com setenta anos. Só um deles, Marcos, é solteiro. Todos os outros são casados e têm filhos. Carlos é quem tem o maior número de filhos, treze. Apenas Marcos e Tânia chegaram a começar o terceiro grau. Leila, por sua vez, só aprendeu a ler e escrever, não tendo frequentado a escola. Todos os pacientes eram da classe média ou média-alta, e católicos. Quanto a origem étnica eles diziam ser "brasileiros", "italianos" ou "alemão". A ocupação era variada. Clara, por exemplo, era secretária e Carlos motorista. As mulheres foram subme



tidas a cirurgias ginecológicas, digestivas e a correção cirúrgica de síndrome pós-flebite. Os homens, por sua vez, se submeteram à fistutectomias, hemorroidectomias e a cirurgias das vias urinárias (Anexo V).

#### O Registro e a Guarda das Informações:

O registro e a guarda das informações são considerados parte importante na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados. Sua importância está relacionada à sua função como acervo de dados para análise, além de tornar mais nítida a lembrança e servir de elemento de orientação para exame retrospectivo dos passos dados e assim revelar se as situações exploradas estão sendo fecundas ou se convém tentar novos caminhos. O registro e a guarda das informações, se feitos adequadamente, facilita o levantamento de hipóteses e a identificação das relações teóricas.

No presente estudo, os dados foram registrados, basicamente, nas notas de campo e no diário do pesquisador. Nas notas de campo estão incluídas as anotações referentes às entrevistas, consulta a documentos, observação e participação. As entrevistas, sempre que houve a permissão do paciente, foram gravadas e depois sinteticamente transcritas. Nas poucas vezes em que não houve permissão do paciente, foram feitas anotações resumidas durante a entrevista, que eram completadas ao final da mesma, mantendo sempre que possível, a linguagem utilizada pelo próprio informante. Com isto, pretendeu-se minimizar a perda e deturpação das informações. O registro das minhas impressões e opiniões pessoais era feita ao final da entrevista. A consulta a do

cumentos refere-se especificamente a consulta ao prontuário do paciente. Os prontuários eram examinados, sempre que possível, diariamente. Os dados relevantes para o estudo, como as anotações médicas e de enfermagem, eram então transcritos. A anotação que se referia às observações era diária. Ao final de cada estada no campo, ou se possível logo após a situação observada, eram feitos os registros. Seu objetivo era minimizar a perda de informações e garantir a sua fidedignidade. No registro das observações estavam incluídos o comportamento dos pacientes, as conversas informais, os novos contatos e o seu desenvolvimento, além das mudanças nas relações já existentes. O registro de minha participação nas atividades de assistência era feito nos mesmos moldes do registro das observações, sempre que algo significativo ocorria.

No diário do pesquisador estão incluídos os meus registros pessoais. Eles tinham dois objetivos básicos. Primeiro, reunir as idéias analíticas ou inferências teóricas que surgiram durante a coleta de dados, as notas teóricas e notas metodológicas. As Notas Teóricas (NT) referem-se especificamente às análises e inferências teóricas realizadas no transcorrer da coleta e da análise dos dados, com o objetivo de ir construindo um modelo teórico da realidade em estudo. As Notas Metodológicas (NM) referem-se ao registro dos questionamentos, adaptações e mudanças feitas no tocante aos procedimentos metodológicos adotados. O segundo objetivo era reunir os dados referentes à minha própria vivência e subjetividade para que fossem considerados na análise. Aqui estão incluídos os meus pensamentos, senti

mentos, opiniões e reações.

Os dados registrados na forma de notas de campo e diário do pesquisador foram organizados segundo o conteúdo e a pessoa que prestou informação, e guardados em pastas. O objetivo era facilitar o acesso aos dados e o seu manuseio dos dados, sem prejudicar a coerência, integração e relação que naturalmente existia entre eles.

Houve duas etapas distintas na forma como foram organizados e guardados os dados. Na primeira etapa, os dados foram arquivados em doze pastas, de diferentes cores e devidamente identificadas. Sete pastas guardavam os dados referentes à instituição, assim distribuídas: uma para a estrutura hospitalar, uma para administração, uma para equipe de enfermagem, uma para equipe médica, uma para alunos de graduação em enfermagem, uma para os ministros religiosos e leigos que davam assistência espiritual ao paciente, e a última para outros profissionais, como psicólogo e assistente social que pudessem vir a prestar algum tipo de assistência. Duas outras pastas continham os dados referentes aos pacientes. A primeira continha os dados coletados diretamente com o paciente e a segunda os dados obtidos no seu prontuário. Havia mais três pastas. Uma, com os dados referentes à família, outra, com as notas de campo e em uma terceira, com o diário do pesquisador. Na segunda etapa do estudo, a forma de organizar e guardar as informações teve que ser modificada. Percebeu-se que seria mais coerente se todos os dados referentes a um mesmo paciente fossem agrupados, mesmo que não colhidas com o próprio paciente. Decidiu-se, por isso, organizar os dados na forma de "casos",

considerando "caso" cada paciente selecionado para integrar a amostra. Assim, passou-se a ter apenas duas pastas: a que continha os casos dos trinta e um pacientes cirúrgicos que compuseram a amostra e a que continha o diário do pesquisador. As demais pastas, com suas devidas informações, continuaram arquivadas, pois nestas eram guardadas as informações que eventualmente surgiam, desde que lhes dissessem respeito.

#### Análise dos Dados:

Na metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados, o método de análise indicado é a comparação constante dos dados. Este tipo de análise, segundo GLASER e STRAUSS, (1967:21-22), é um método geral, assim como é o método experimental ou estatístico. Pode ter diferentes propósitos; no presente estudo é o de gerar teoria. Os dados coletados são continuamente comparados, sendo que o processo de análise é do próprio pesquisador. STERN (1980:21) diz que não há uma série de passos lineares, já que várias etapas do processo de pesquisa são desenvolvidos ao mesmo tempo, como é o caso da coleta dos dados, a análise dos dados e os registros de um relatório inicial. É possível um "ir e vir" entre as diferentes etapas do processo. Didaticamente, podem ser identificados alguns componentes na análise comparativa dos dados, nem sempre sequenciais, e que acontecem intercaladamente ou paralelamente à coleta dos dados. Os diversos componentes, identificados pelos diferentes autores, são semelhantes, mas não iguais. Na análise comparativa realizada no presente estudo, com base em GLASER e STRAUSS

(1967:101-115), STERN (1980:21-23) e CHENITZ e SWANSON (1986: 95-101), podem ser identificados os seguintes componentes: conhecimento do ambiente e "mergulho" nos dados, codificação dos dados, formação das categorias, redução do número das categorias, identificação da categoria central e modificação e integração das categorias.

a) Conhecimento do Ambiente e "Mergulho" nos Dados:

Aconteceu durante a primeira etapa da coleta de dados. O objetivo foi conhecer o ambiente e tentar ver como a espiritualidade se manifestava na experiência do paciente cirúrgico. Foi um tempo caracterizado pela observação constante, pela conversa com os paciente e os funcionários, pela leitura dos dados e por muita reflexão.

A partir delas é que se percebeu que a espiritualidade era algo que não deveria ser isolado das demais vivências do paciente cirúrgico. Havia uma ligação bastante estreita entre elas. Desta forma não era indicado estudá-la de modo isolado e sem antes conhecer as demais vivências do paciente cirúrgico. Havia o risco de distorções. Por isso foi tomada a decisão de não estudar exclusivamente a espiritualidade, mas sim a experiência da paciente como um todo. Na época, os questionamentos e reflexões eram:

"Será possível estudar a espiritualidade sem antes estudar a experiência de internação? Sem isto ela me parece "solta". Os questionamentos referentes à existência do homem também parecem "soltos". Será que seria possível estudar "a espiritualidade e a experiência de hospitalização" do paciente cirúrgico ortopédico? Talvez limitasse muito. Parece-me que primeiro é necessário identificar, como que um "esquema geral" dentro do qual ocorre a

hospitalização e a experiência do paciente cirúrgico". (15.07.85)

Foi nesta época que se percebeu que um aspecto importante na experiência do paciente cirúrgico é a dimensão espaço-temporal. Percebeu-se que ela apresentava características diferentes em casa e no hospital, antes e depois da consulta médica, antes e após a hospitalização, antes e após a cirurgia. O primeiro esquema feito e as primeiras reflexões neste sentido foram:

"Parece que a reação do paciente cirúrgico evolui, muda com o tempo:

Esquema da Hospitalização X Tempo X Reação do Paciente:

1. Preparo Anterior: destacam-se aspectos como a família, finanças, morte/despida, cirurgia/anestesia e coragem.
2. Primeiros Dias:

TIPO DE INTERNAÇÃO	CASO	ASPECTOS IMPORTANTES
Internação Prevista (não repentina)	Cirurgico	Pré-operatório: mais quieto; verbaliza poucas preocupações; verbalização difere da observação.
	Outros?	?
Internação Repentina	Acidente	Revolta, agressividade, depressão, preocupações no pré-operatório.
	Outros?	?

### 3. Após Certo Tempo - Uma Semana?

TIPO DE INTERNAÇÃO	EVOLUÇÃO	ASPECTOS IMPORTANTES
Internação Prevista	Tempo previsto de internação - evolução esperada.	Aceitação
Internação Repentina	Houve complicação.	Desânimo com posterior aceitação.
Internação Repentina	Tempo previsto de internação - evolução esperada.	Aceitação

	Houve complica ção.	Desânino com poste rior acei tação.
--	------------------------	--

#### 4. Após a Alta?

As reações dos pacientes também parecem ser diferentes conforme o tipo de inter  
nação". (25/07/85)

Por isso, na segunda etapa do estudo, primeiramen  
te as informações referentes a cada um dos pacientes foram  
organizadas, considerando-se o momento em que se verificou  
a experiência: em casa, no dia anterior à cirurgia, dia da  
cirurgia e dias subseqüentes à cirurgia. Isto foi sendo  
feito na medida em que os dados iam sendo coletados. Em se  
guida as experiências dos pacientes de um mesmo grupo fo  
ram sintetizadas num mesmo quadro, destacando os aspectos  
mais significativos de cada um dos momentos. O diagrama  
nº 1, por exemplo, é a síntese das experiências tidas em  
casa pelos pacientes do primeiro grupo.

#### b) Codificação dos Dados:

Oito casos dos trinta e um pacientes foram inicial  
mente codificados. Todas as informações referentes a esses  
oito pacientes foram examinadas linha por linha e codifica  
das. Isto é, cada informação foi analisada e resumida numa  
palavra ou expressão que transmitisse o seu significado.  
Nesta codificação inicial foram identificados os códigos  
substantivos, que geralmente representam a substância ou  
conteúdo dos dados. Notas teóricas e metodológicas iam sen  
do feitas sempre que alguma novidade ou questionamento sur  
gia. O quadro nº 1 é um exemplo de codificação dos dados  
do dia da internação de um paciente:

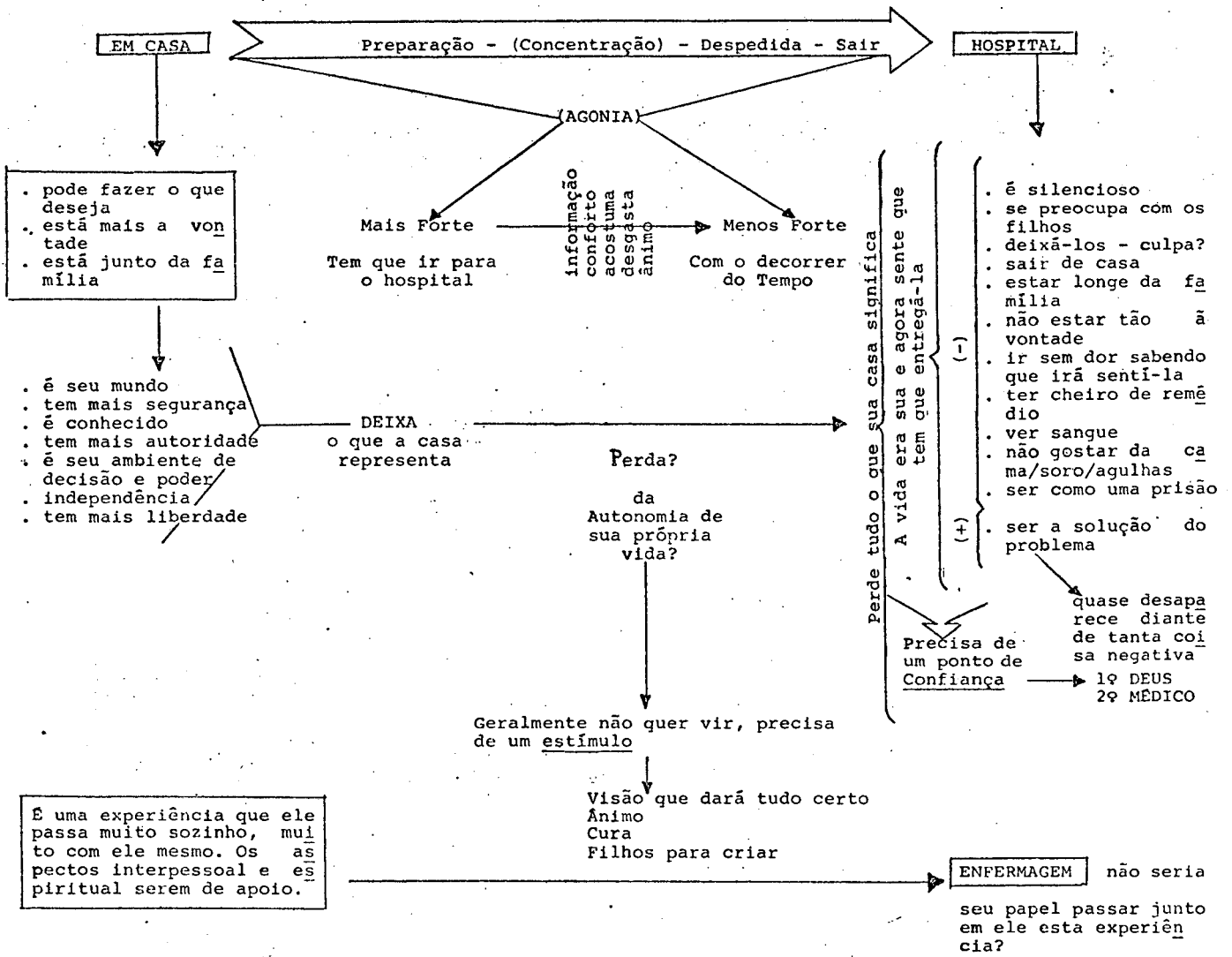


Diagrama nº 1: Experiência dos Pacientes do Primeiro Grupo em Casa.



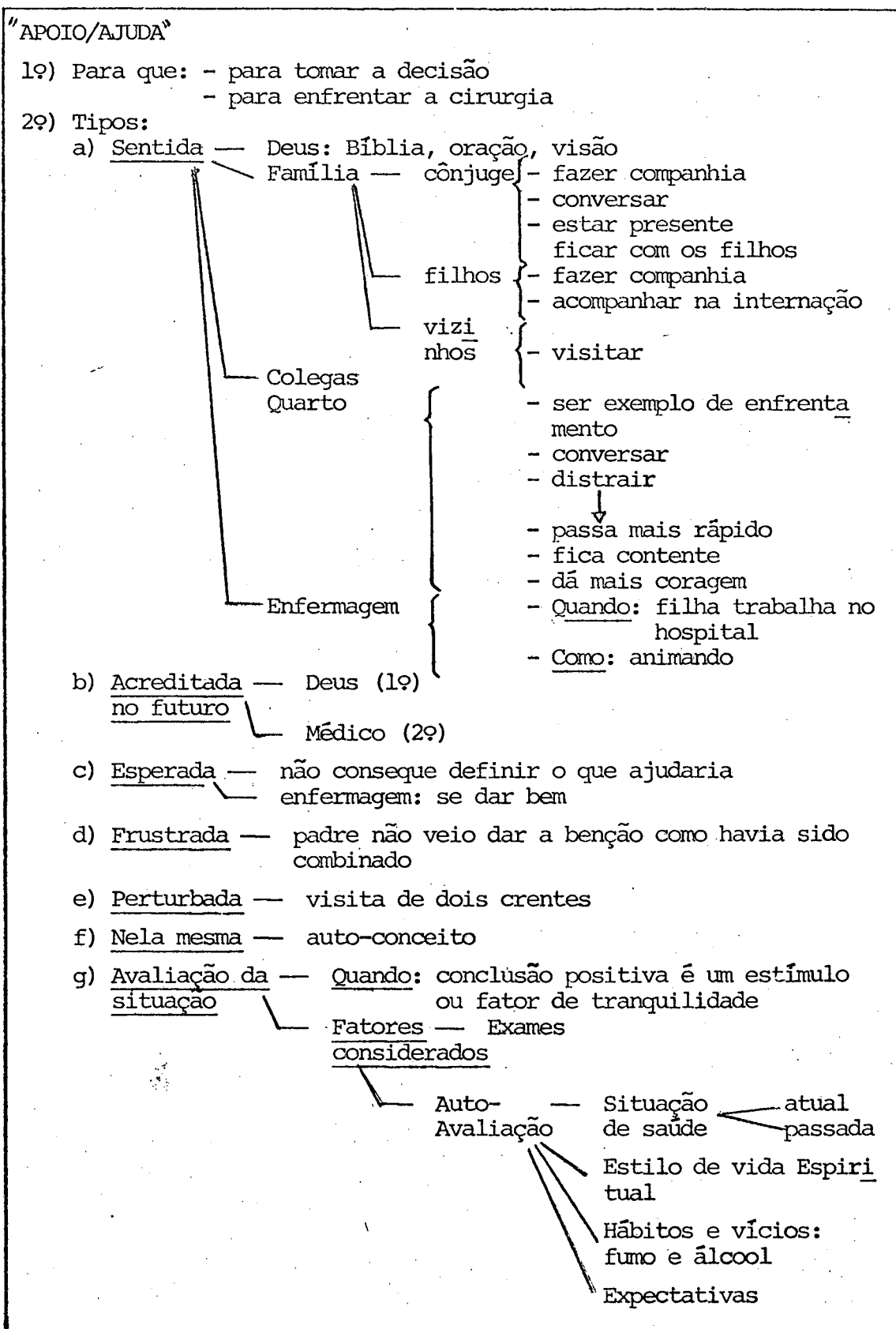
Quadro nº 1: Codificação das informações referentes ao dia da internação de um paciente.

CASO Nº 13			INFORMAÇÃO DO DIA DA INTERNAÇÃO	CÓDIGOS	NOTAS
<p>1. Vinda ao hospital com o marido.</p> <p>2. Sentindo um vazio quando o marido foi embora.</p> <p>3. Sentindo conformada, sem força, sem coragem.</p> <p>4. Não se considerando desesperada.</p> <p>5. Sentindo desespero com a falta de apoio da família e dúvida quanto ao diagnóstico.</p> <p>6. Esperando dias melhores.</p> <p>7. Querendo viver, faria tantas cirurgias quantas fossem necessárias.</p> <p>8. Tendo a sensação que irá morrer na cirurgia.</p> <p>9. Confiando primeiro em Deus e depois no médico.</p> <p>10. Esperando se dar bem com o pessoal de enfermaria e ser bem atendida.</p> <p>11. Esperando sarar logo.</p> <p>12. Sentindo ajuda de Deus, marido e vizinhos.</p> <p>13. Confiando em si: caso morra, não irá para o inferno.</p>	<p>- Companhia do marido.</p> <p>- Falta de companhia</p> <p>- Reação na internação - apatia.</p> <p>- Avaliação de sua situação: reação, apoio, diagnóstico.</p> <p>- Expectativas positivas.</p> <p>- Sensação ruim.</p> <p>- Ajuda esperada: { Fontes: Deus, médico. Expectativa: enfermaria gen.</p> <p>- Expectativa positiva.</p> <p>- Ajuda sentida: vizinhos, marido, Deus.</p> <p>- Avaliação de sua vida espiritual.</p>	<p>- Perde o último vínculo com a casa? Autonomia?</p> <p>- Pesa as forças.</p> <p>- Pesa a situação.</p> <p>- Tem Ajuda - Tipos: - sentida - acreditada - esperada</p> <p>1. Esperar: espera mediata e imediata.</p> <p>2. Pesar a situação: avaliação.</p> <p>3. Deixar a casa, despedir da família.</p> <p>4. Fazer um projeto de resolução.</p>			

c) Formação das Categorias:

Todos os códigos substantivos foram examinados e analisados comparativamente. Os códigos referentes a um mesmo aspecto, assunto ou questão foram agrupados. Desta forma, certos esquemas ou categorias começaram a se formar. Diferentes fatores, elementos e características de uma estrutura começam a emergir dos dados. Houve códigos, por exemplo, que foram agrupados em torno da questão "apoio/ajuda", identificando aspectos como seus objetivos, tipos e fontes (quadro nº 2).

Quadro nº 2; Primeira categorização dos dados relacionados a questão "Apoio/Ajuda".



d) Redução do número de categorias:

As categorias já formadas foram analisadas comparativamente, para tentar identificar aquelas referentes às vivências mais significativas da experiência do paciente cirúrgico e que englobam as categorias consideradas menos significativas. Este processo reduziu o número de categorias, dando origem à categorias mais organizadas. Desta análise emergiram como categorias: "agonia", "espera", "decisão", "controle" e "ajuda". Neste momento da análise, a ajuda, por exemplo, encontrava-se estruturada sinteticamente como mostra o quadro nº 3.

Quadro nº 3: Parte da categoria "Ajuda", agora já mais organizada.

## AJUDA

## I - Aspectos da Ajuda

1º) Necessidades de Ajuda: é a necessidade de ajuda sentida pelo paciente. Pode estar relacionada com:

a) Agüentar as Emoções:

- quer a presença da família/colegas de quarto
- conversa com a família/colegas de quarto
- Deus - entrega, pensar, orar
- amizade da equipe de enfermagem

Quando: durante todo o processo mais especialmente em casa até a realização da cirurgia

Resultado: - diminui ansiedade  
- fortalecimento do self

Fatores que interferem: - características pessoais  
- experiência anterior  
- história de saúde  
- tipo de patologia  
- tipo de cirurgia  
- história religiosa

NOTA: Demais "Aspectos", "Tipos", "Fontes" e "Iniciativa" da Ajuda também foram detalhados, considerando as ações, fontes, época, resultados e fatores que interferem.

Estas categorias, que ainda não eram as categorias finais, não eram estáticas. Percebeu-se que elas estavam presentes durante toda a experiência do paciente cirúrgico, variando de intensidade de acordo com a época de sua vivência. Quanto à ajuda, por exemplo, foi registrada a seguinte reflexão:

"Cada um dos tipos de ajuda pode ser representada por uma linha, que apresentará ondas que variam em "intensidade" (tamanho, altura, força) e "amplitude" (duração) de acordo com cada momento da experiência do paciente". (Junho de 1986)

Desta forma, cada uma das categorias identificadas foi organizada, considerando-se a época da experiência do paciente, a intensidade e a forma como ela se manifestava. As diferentes épocas consideradas foram: em casa, no dia da internação, no dia da cirurgia e nos dias subsequentes à cirurgia. A intensidade com que as categorias se manifestavam em cada uma dessas épocas foi representada graficamente. A forma de a categoria manifestar-se no transcorrer da experiência do paciente cirúrgico foi sendo anotada de maneira descritiva, de forma a acompanhar a linha da intensidade e a época de sua vivência (diagrama nº 2)

A essa altura da análise, teve-se que retornar à codificação dos dados, motivada pela seguinte reflexão:

"Até agora trabalhei apenas com as informações de oito pacientes. Será que estas categorias representam também a experiência dos demais pacientes? Não posso continuar aprofundando a análise sem antes codificar as informações de todos os pacientes". (julho de 1986)

Os dados de todos os trinta e um pacientes foram então codificados e agrupados em categorias. Isso fez com que fatos novos viessem à tona. A análise comparativa das

AJUDA - Dia da Cirurgia - Antes

Ajuda Afetiva

Ajuda Espiritual

Ajuda Racional

Ajuda Física

Cirurgia  
Anestesia

Maca

- pensando
- rezando
- entregando

Entrega

Ajuda Interior:--aprendeu a desligar-se

dormiu bem

Expectativa de Apoio: - ver o marido antes da cirurgia  
(frustrada) - ir dormindo para o C.C.

Ajuda Sentida - Marido - presença

Recebêda - Deus - pensando

rezando

entregando-se

Filhos - presença

Ajuda Sentida

Entrega

Deus

Entrega

Reza

Pensa

1º Deus

2º Médico

Enfermagem: apoio (filha trabalha no hospital)

Médico

Anestesiata

Conhecê-los

rezando

Atrazo Cronograma - Deus

rezando

(Ajuda)

Diagrama nº 2: A categoria "Ajuda" no tempo.

categorias formadas, comparando os dados dos trinta e um pacientes, possibilitou a melhor estruturação de cada uma delas, a identificação de seus componentes, e as sub-categorias (quadro nº 4).

Quadro nº 4: A Sub-Categoria "Fazer", componente da Categoria "Ter Ajuda".

- Esposa junto	} Estar pre sente/jun to	} "Fazer Com panhia"	} "Fazer"
- la. classe é melhor porque sempre tem alguém com a gente			
- Deus alguém que está junto			
- filha estando com ela			
- irmã dizendo que está ali			
- filha ficando com ela durante a noite	} Acompanhar/ indo junto	} "Fazer Com panhia"	
- indo junto ao médico			
- acompanhando aos exames			
- trazendo ao hospital	} Visita	} "Fazer Com panhia"	
- marido vindo vê-la de manhã			
- visita da família			
- visita da irmã	} Espera por	} "Fazer por e para"	
- recebendo visita de muita gente, inclusive da sogra			
- espera no quarto a volta do C.C.	} Ser cuidado	} "Fazer por e para"	
- espera no corredor a volta do C.C.			
	} Substituir em seus Pa péis	} "Fazer por e para"	
	} Providenciar		

OBS: Na categoria "Ter Ajuda" também foram identificadas as sub-categorias: "Receber Afeto", "Ser Animado", "Ter Esclarecimento", "Ter Apoio/Retaguada Espiritual", "Distrair" e "Ajudar Outros".

Na época, as categorias identificadas eram: "Sofrimento Físico", "Espera", "Não ter mais Controle", "Sofrimento

Emocional", "Ajustamento", "Significado da Experiência" e "Confiança". Cada uma delas foi analisada, considerando-se seus componentes, causas, conseqüências, contingências, contexto, condições, co-variâncias e fatores que maximizam e minimizam a categoria em questão. A análise de cada categoria foi concluída com um diagrama que integrasse as questões acima (diagrama nº 3).

e) Identificação da categoria central:

Depois de identificadas as categorias e sub-categorias, era necessário identificar aquela que expressava o centro ou a essência da experiência destes pacientes cirúrgicos. Os dados foram novamente examinados, as categorias foram analisadas comparativamente e suas relações verificadas para que se identificasse aquela que era a central. Uma das primeiras reflexões neste sentido foi:

"Todas as categorias parecem ser importantes. Todas parecem estar ligadas entre si. "Tendo Desconfortos Físicos" parece ser uma categoria bem básica. Parece ser em torno dela que tudo acontece: será ela a categoria central?

"Decidindo" também parece ser importante. Parece ser a partir dela que o processo da cirurgia entra em movimento. "Não tendo mais Controle" também é uma categoria bastante importante. Ela parece expressar muito do que significa para o paciente ser operado". (agosto de 1986)

Todas as categorias pareciam importantes. Em diferentes momentos da análise, diferentes categorias pareciam ser o centro da experiência do paciente cirúrgico. Durante esse processo de análise, as categorias já formadas iam sendo aperfeiçoadas. Alguns nomes de categorias foram modificados para melhor expressarem seu conteúdo. Algumas sub-ca



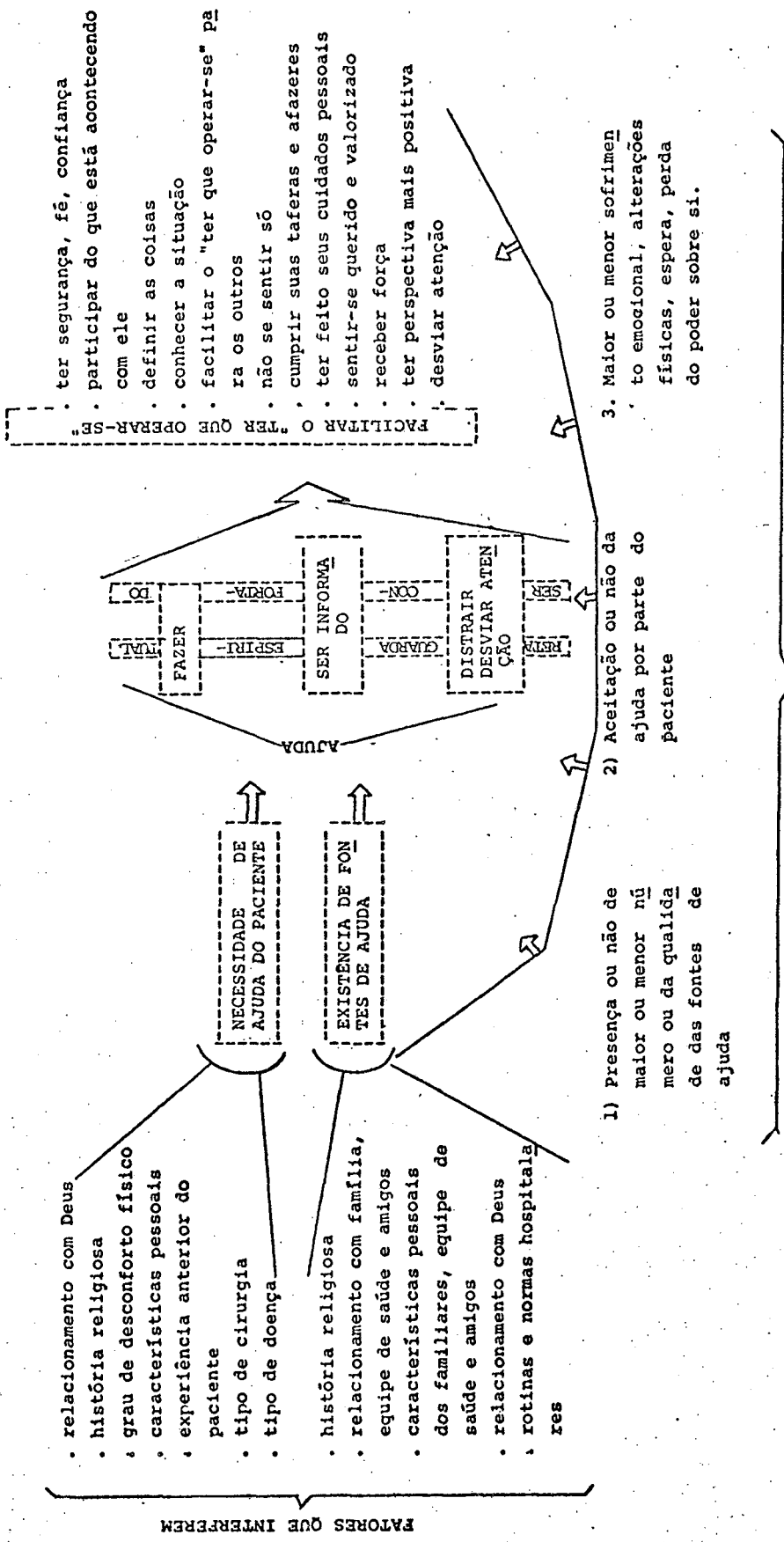


Diagrama nº 3: Representação Esquemática da Categoria "Ajuda".

tegorias também foram modificadas, transportadas para ou tra categoria ou até eliminadas temporariamente. Um dos exemplos é o componente "tendo que arriscar", que foi transferido da sub-categoria "sentido seu limite", componente da categoria "não tendo mais o controle", para a categoria "tendo que operar-se" que estava sendo formada; isso devido à seguinte reflexão:

"Tendo que arriscar", apesar de ser conseqüência da situação de limite vivida pelo paciente, não é componente da sensação de limite em si, já que o risco vivido pelo paciente é algo refletido no todo de sua experiência. O "tendo que arriscar" é antes algo que caracteriza e integra o fato de a operação ser percebida como necessária e obrigatória". (fevereiro de 1986)

Nesse momento, algo novo estava começando a surgir. Havia alguns dados que, apesar de muito significativos, não estavam encaixados em nenhuma categoria, justamente porque eles poderiam estar em muitas delas. Foram estes dados, depois de ordenados, que se transformaram na categoria "tendo que operar-se", posteriormente chamada de "tendo que ...". Na época a reflexão era:

"Aceitando", "conformando" e "aguentando" parece ser algo presente em cada uma das outras categorias. A experiência do paciente cirúrgico parece ser um constante aceitar, conformar e aguentar, que finalmente parecem podem ser reunidas numa sub-categoria "sujeitando". Isto me deixa satisfeita, pois, durante certo tempo, não foi encontrado um lugar adequado para elas. Há outros dois fatos que afetam o todo da experiência, as sub-categorias "não tendo opção" e "arriscando". Essas três, juntas, é que passaram a formar a categoria "tendo que operar-se".

A reflexão sobre a qual seria de fato a categoria central esteve presente até o final do estudo. Dúvidas fo

ram levantadas nesse sentido, mas até o presente momento da análise, a categoria que assumiu a posição central na teoria é aquela que parece melhor expressar a experiência do tipo de pacientes do presente estudo. Ela também está relacionada com o surgimento e o desenvolvimento das demais categorias no transcorrer da experiência do paciente cirúrgico:

"Será que é esta a categoria central? Ou ela seria mais o contexto? Será que há outra categoria, talvez mais abstrata, que expresse melhor a experiência do paciente cirúrgico?

Hoje, depois de discutir e refletir muito com as orientadoras, tendo como base os dados dos trinta e um pacientes e os resultados de outros estudos, que seguiram a mesma metodologia, concluí que, até o momento, é ela a categoria central, eis que expressa a essência da experiência desse tipo de paciente cirúrgico. Ela está relacionada com o surgimento e a ocorrência das demais categorias. Creio que, se no futuro, outros grupos e tipos de pacientes forem estudados - como pacientes que se submeteram a cirurgias não necessárias - outra categoria mais abstrata possa surgir e tornar-se o centro da experiência de cirurgia de grupos mais variados de pacientes". (27/05/77)

f) Modificação e integração das categorias:

A modificação e integração das categorias é algo que, de certa forma, já começou a acontecer, quando as categorias estavam sendo formadas e a categoria central sendo identificada. As categorias identificadas foram integradas num esquema ou diagrama, de forma que nele ficassem representadas suas relações. Vários diagramas ou esquemas surgiram antes que se chegasse à forma final (Diagramas nºs. 4 e 5).

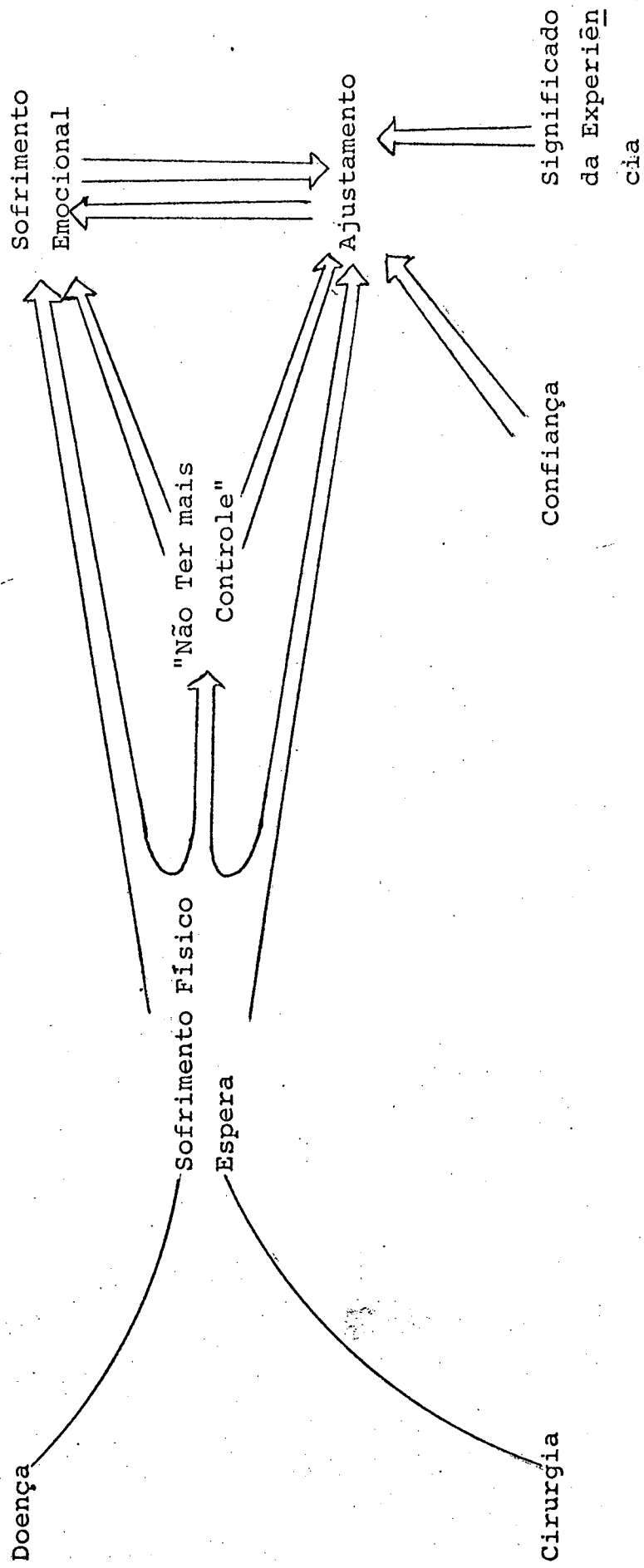


Diagrama nº 4: Representação das relações entre as categorias.

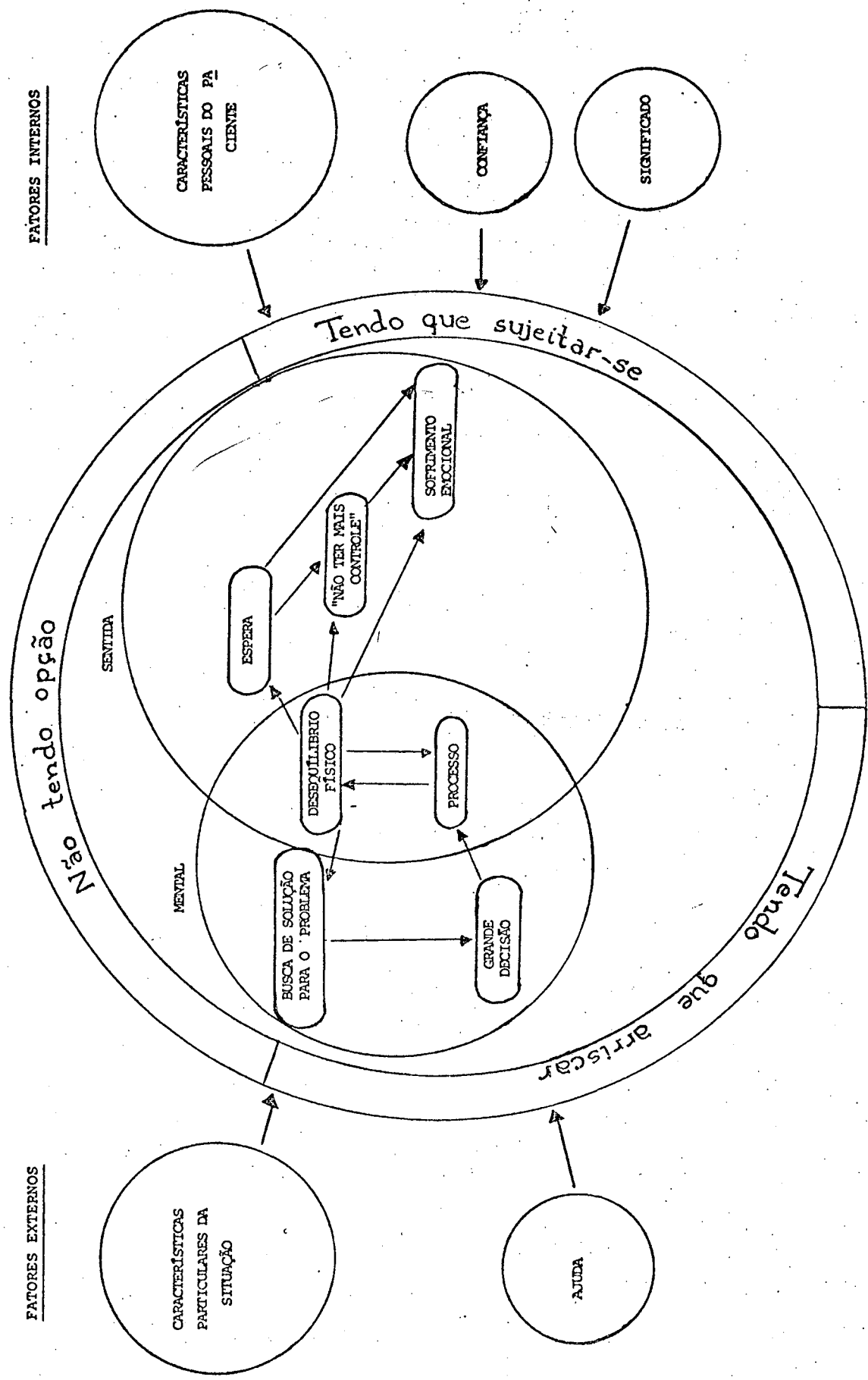


Diagrama nº 5: Representação Esquemática da Teoria em Construção.

Na medida em que a análise comparativa foi amadurecendo, percebeu-se que a categoria "central" era um processo e que as demais categorias referiam-se a diferentes componentes desse processo. Desta forma, foram identificados inicialmente três sub-processos: "tendo perturbações físicas", "buscando solução" e "sentindo" (diagrama nº 33). Para as categorias referentes à ajuda, confiança e explicação para a experiência ainda não havia sido encontrado um lugar adequado. Inicialmente, foram transformadas em fatores que influenciavam o processo. Depois, foram identificadas como sendo um quarto sub-processo, o "contrabalançando", para no final serem agrupadas num componente que ameniza o processo em questão (diagrama nº 31). Na época as reflexões eram as seguintes:

"As categorias que formam a experiência do paciente cirúrgico parecem se referir a diferentes aspectos dessa experiência. "Buscando solução" para os problemas parece se referir a algo mais mental. A categoria "tendo perturbações físicas" parece estar mais relacionada com a vivência física. As categorias "sofrendo emocionalmente", "esperando" e "perdendo o controle" parecem estar mais relacionadas com os sentimentos e sensações do paciente". (fevereiro de 1987)

"As categorias "tendo ajuda", "confiando" e "buscando uma explicação" são fatores que influenciam o processo do "tendo que operar", no mesmo nível que as características pessoais do paciente e da situação. Elas parecem ter o papel mais de contrabalancear a experiência difícil e desagradável que é o fato de ter que operar. Talvez elas sejam um quarto sub-processo". (10/05/87)

"As categorias "tendo ajuda", "confiando" e "buscando explicação" parecem que não se encaixam bem na teoria sob a forma do sub-processo "contrabalançando". Primeiro, elas não chegam a contrabalan

lar o processo. Elas o "amenizam". Segundo, não integram o processo propriamente dito. Elas o envolvem e amenizam. Não estão no mesmo nível dos outros três sub-processos que o compõem". (06/06/87)

Nessa fase da análise voltou-se a refletir sobre a espiritualidade, mas agora sob uma nova perspectiva: o "reconhecimento de um ser superior". Inicialmente, pensou-se que ela pudesse formar uma nova categoria. Depois, verificou-se que isso seria impossível, pois essa categoria ficaria sobreposta às três outras que amenizavam o processo. Percebeu-se que o "reconhecimento de um ser superior" era algo que integrava as categorias "tendo ajuda", "confiando" e "buscando explicação":

"Agora, depois de reler todos os dados, de destacar e de tentar organizar na forma de uma nova categoria aquelas que se referissem à espiritualidade, vi que isso seria impossível. Primeiro, os dados não falavam propriamente da espiritualidade, mas do reconhecimento de um ser superior e da ajuda, confiança e sentido encontrado nele (Deus). Segundo, "Reconhecendo um Ser Superior" não poderia ser mais uma categoria, já que suas subcategorias seriam formadas de uma subcategoria das categorias "tendo ajuda", "confiando" e "buscando explicação". E não poderia mesmo ser de outra forma, pois então o "reconhecimento de um ser superior" deixaria de estar tão intimamente integrada à experiência do paciente cirúrgico, a ponto de justificar o estudo global de sua experiência". (06/06/87)

#### O Rigor do Estudo:

O rigor de uma pesquisa, segundo Guba e Lincoln (SANDELOWSKI, 1986:27-37), está relacionado com a questão da neutralidade do estudo, que envolve três diferentes aspectos: a verdade, a aplicabilidade e a consistência do es

tudo. Num estudo qualitativo, as formas utilizadas para garantir o rigor científico da pesquisa não são as mesmas de um estudo quantitativo. Neste, a neutralidade é assegurada através da "possibilidade de confirmação" do estudo, alcançando-se esta quando a verdade, a aplicabilidade e a consistência do estudo são garantidos, respectivamente, através de sua "veracidade", "adequação" e "verificabilidade".

1. "Veracidade": é alcançada quando as descrições e interpretação a que se chegou ao final do estudo são tão fiéis que as pessoas que vivenciaram as experiências imediatamente as reconhecem como verdadeiras. Aqui está presente a questão da "generalização naturalística", abordada por LÜDKE e ANDRÉ (1986:19), já que esta se refere à possibilidade de qualquer pessoa "associar os dados encontrados no estudo com os dados que são fruto de suas experiências pessoais". O perigo da distorção da verdade, num estudo qualitativo está relacionado com o risco do pesquisador "tornar-se nativo". Isto é, envolver-se a tal ponto com os sujeitos da pesquisa que lhe seja difícil separar suas próprias vivências das experiências dos sujeitos da pesquisa.

No presente estudo, a veracidade foi assegurada através dos seguintes cuidados:

- a) Apresentar-me como professor e pesquisador interessado em estudar a experiência do paciente cirúrgico, para que ficasse clara a razão de estar convivendo com os pacientes, ressaltando a mim mesma o meu papel de pesquisadora e assim evitando o perigo de "tornar-me nativo";
- b) realizar auto-avaliações diárias através da utilização do diário do pesquisador. Assim, foi-me possível perceber



ber as vezes em que houve a tendência de "tornar-me na  
tivo";

"...tenho a impressão de que participei da palestra sobre a "Espiritualidade e a Responsabilidade do Profissional da Saúde" mais como membro do grupo do que como pesquisador. Preciso tomar cuidado".  
(abril de 1985)

Estas auto-avaliações possibilitaram a volta ao papel de pesquisador;

- c) evitar conviver única e exclusivamente com o grupo em estudo para que não viesse a assumir sua identidade, prejudicando a qualidade das informações coletadas e analisadas. Passava no hospital apenas algumas horas do dia, desenvolvendo paralelamente a atividade de docente. Aos sábados não ia ao hospital, procurando outro tipo de atividade que não a de coleta de dados. Além disso o mês de julho de 1985 foi reservado para refletir sobre o desenvolvimento do estudo, afastando-me assim do hospital;

"Aproveitei o mês de julho, de férias escolares, para afastar-me do hospital e reavaliar como o estudo tem sido conduzido ...". (julho de 1985)

- d) discutir periodicamente os dados e as análises com as orientadoras. Vários encontros deste tipo ocorreram, ocasião em que a análise então feita era questionada para verificar até que ponto expressava a realidade dos dados. Sempre que necessário, voltava-se aos dados para verificar se a reflexão, análise ou esquema representava os dados;
- e) os resultados parciais do estudo foram, em julho de 1986, submetidos à apreciação de mais seis pacientes, dos quais

dois eram enfermeiros, para verificar se reconheciam no modelo teórico construído suas próprias experiências com o objetivo de verificar a veracidade do estudo. Na época a reflexão feita sobre este teste preliminar foi:

"De forma geral, a experiências dos pacientes confirma o modelo do "tendo que operar-se". A conversa com os dois enfermeiros foi muito proveitosa. Elas analisaram comigo as categorias, dando exemplos de sua própria experiência. Três dos pacientes já tinham tido alta do hospital e por isso pude perceber que a experiência da cirurgia não parece ser algo que termina com a alta hospitalar, continuando depois dela". (final de julho de 1986)

f) o modelo teórico final foi submetido a apreciação de mais três pacientes que haviam sido submetidos a cirurgias necessárias, e a dois profissionais de saúde, para que sua veracidade também fosse verificada e garantida. A experiência dos pacientes e dos profissionais confirmou o modelo teórico apresentado ao final deste estudo.

2. "Adequação": a "adequação" está relacionada com a questão da aplicabilidade do modelo formado a partir dos dados. Ela é alcançada quando o modelo reflete tanto as experiências dos elementos típicos, quanto a dos elementos atípicos; além disso dados fora do contexto do estudo devem também poder ser "encaixados" no modelo (SANDELOWSKI, 1986: 32). O objetivo da adequabilidade é evitar dois tipos de perigos: a "falácia do holismo" e a "tendência pelas elites". O primeiro está relacionado com a tentativa de fazer os dados parecerem mais padronizados, regulares ou congruentes do que são, como também com a possibilidade de o pesquisador selecionar as informações a serem analisadas. E o segun

do, com a tendência de obter os dados e basear a análise nas informações das pessoas mais articuladas, acessíveis e de melhor posição dentro do grupo. No caso do presente estudo, a "adequação" foi assegurada graças aos seguintes cuidados:

- a) voltou-se sempre aos dados para verificar se a análise feita os representava de fato. Além disso, verificou-se que os dados referentes às experiências de outros nove pacientes, que originalmente não integraram a amostra, se encaixavam no modelo teórico sugerido;
- b) mesmo que tenha sido utilizado um único método de coleta de dados, as técnicas foram variadas, isso tinha por objetivo para possibilitar a "triangulação", ou seja, a comparação dos dados coletados através da utilização de diferentes técnicas, para verificar sua congruência. No presente estudo, as técnicas utilizadas foram: observação, entrevista, consulta a documentos, participação e conversas informais;
- c) as informações não foram coletadas apenas junto ao paciente cirúrgico, mas também junto à sua família, equipe de saúde que o assistia e pessoas envolvidas na assistência espiritual. Esse procedimento também possibilitou a "triangulação" e a comparação dos dados de diferentes origens;
- d) a princípio, qualquer paciente submetido à cirurgia necessária de médio ou pequeno porte poderia vir a fazer parte dos grupos que integraram a amostra do estudo. Para evitar a "tendência pelas elites" foi adotado como critério seletivo dos pacientes a ordem de sua interna

ção;

- e) a convivência com o ambiente e com a experiência do paciente cirúrgico foi constante, em seis dias da semana. Esse convívio possibilitou contatos mais próximos e constantes com os pacientes;
- f) inicialmente, todos os dados de cada um dos trinta e um pacientes foram analisados. Com o desenvolvimento da análise, devido ao grande volume dos dados, uma seleção dos aspectos que seriam aprofundados na análise se fez necessária, já que naquele momento era impossível trabalhar com todas as informações coletadas. Decidiu-se por isso aprofundar a análise dos aspectos mais diretamente relacionados com a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Na época, os questionamentos e pensamentos motivadores desta decisão foram:

"O que vou fazer com as informações que não consigo encaixar? Falam de outras coisas que não sua experiência de cirurgia, como características do relacionamento familiar, opinião, gostos e preferências quanto a assuntos diversos. Por isso vou deixá-los de lado, no momento, pois, talvez no futuro eles ainda devam ser analisados". (agosto de 1986)

3. "Verificabilidade": se refere à consistência dos resultados qualitativos. É alcançada quando é possível seguir a "trilha da decisão" do pesquisador (SANDELOWSKI, 1986:33). Qualquer pessoa, ao ler o relatório final do estudo, ficará sabendo qual foi a progressão dos eventos, desde o surgimento do interesse do pesquisador por um determinado assunto até a confecção do relatório final. Numa pesquisa qualitativa a replicação não é possível, já que cada situação de pesquisa é única. Deriva da melhor análise

se que o pesquisador é capaz de fazer. Duas análises comparativas nunca são iguais, pois duas pesquisas e duas situações de pesquisa jamais podem ser totalmente iguais.

No presente estudo a possibilidade de "verificabilidade" foi garantida deixando-se claramente registrado neste relatório o caminho seguido e as decisões tomadas:

- a) tomou-se o cuidado de deixar registrado na introdução do estudo, como surgiu o interesse pelo tema da espiritualidade do paciente cirúrgico, como eu própria vivo minha espiritualidade além de comentarem-se os objetivos do estudo;
- b) deixou-se claramente evidente na primeira parte da metodologia como cada paciente e grupo de estudo foi selecionado, como os dados foram coletados, quanto tempo durou a coleta dos dados, como foram formadas e desenvolvidas as categorias e o modelo teórico;
- c) na segunda parte da metodologia, a preocupação foi com a transparência quanto a vivência e as questões subjetivas do próprio pesquisador, deixando-se evidente minhas dificuldades e problemas;
- d) descreveu-se detalhadamente, nos resultados, a natureza e característica da instituição onde foram coletados os dados, para que pudessem ser conhecidas as características do ambiente em que viviam os pacientes objeto do estudo.

## 2.2 - A Vivência do Pesquisador:

### A Entrada no Campo:

Foi no início de abril, após ter adiado por alguns dias, que entrei pela primeira vez como pesquisadora no campo, mesmo que já estivesse lá há três semanas como docente, com alunos da disciplina de enfermagem cirúrgica. Não sabia, na prática, por onde começar. Sentia-me insegura no contato com os pacientes e funcionários. Não sabia o que observar e exatamente como registrar e organizar as observações feitas. No diário do pesquisador as anotações eram do tipo:

"Tenho me sentido muito insegura para começar a coleta dos dados. É como uma montanha intransponível". (19/04/85)

"Estou tentando me organizar para poder começar a coleta dos dados com maior segurança e precisão. Ainda não sei bem como fazer os registros e o que anotar". (22/04/85)

Uma das primeiras coisas que fiz foi conversar com a Irmã Carolina, coordenadora do serviço de assistência espiritual ao paciente, e com o pastor luterano que visitava pacientes naquele hospital, quando chamado. Também assisti a uma palestra que abordava a espiritualidade e a responsabilidade do profissional da saúde. Estiveram presentes umas 50 pessoas. Eu me envolvi bastante. Tenho a impressão de que participei mais como membro do grupo que como pesquisadora. Conversar com a Irmã Carolina, com o pastor e assistir a essa palestra foi uma forma que achei de me sentir menos "perdida" e insegura. Ainda estava sendo difícil ficar na unidade sem um objetivo muito claro, "apenas" con

versando e observando os pacientes e funcionários. Era como se eu precisasse de algo onde me firmar, um instrumento ou um roteiro mais minucioso que me guiasse na coleta dos dados.

Depois de dez dias no campo como pesquisadora é que sentei pela primeira vez para conversar com uma paciente sobre sua espiritualidade. Na entrevista, segui o roteiro do anexo I. Comecei a entrevista perguntando à paciente o que ela entendia por espiritualidade. Deixei-a falar. Depois, enfoquei a origem de sua espiritualidade, os recursos, períodos de maior necessidade, evolução da espiritualidade, sofrimento, objetivo de vida, significado da doença, e da morte e da experiência atual. Na medida em que fui conversando mais com os pacientes que demonstraram mais evidentemente sua espiritualidade, fui percebendo que era necessário:

"... adaptar o roteiro das entrevistas, especialmente para os pacientes de nível educacional mais baixo ... começar explorando seu conhecimento e sentimento em relação à sua situação de saúde, para depois tratar da espiritualidade".  
(29/04/85)

Depois disso a entrevista e o contato com o paciente fluíram melhor. Comecei a me sentir mais à vontade, com mais coragem de entrevistar os pacientes, apesar de ainda sentir certa dificuldade em entrevistar os funcionários do hospital. Mesmo assim continuava me questionando muito, pois estava encontrando tanto dificuldades técnicas quanto de conteúdo. Não estava satisfeita com a forma como a coleta e análise inicial dos dados estava sendo feita. Tanto que, no dia 1º de maio, fiz o seguinte registro no meu diári

rio de pesquisador:

"Ainda me sinto bastante "perdida" na coleta. Está difícil conseguir uma continuidade na coleta, entrevistas, observação e participação. Ainda me questiono: como entrevistar? como observar? como participar?

NM - Acho que o roteiro da entrevista com os pacientes precisa ser modificado. Observo que:

- a) devo iniciar com o conhecimento a respeito da doença e das preocupações com ela;
- b) alguns pacientes não conseguem entender o termo "espiritualidade". Substituí-lo por outro termo? Ou seria uma evidência da dificuldade de conceptualizar o termo?
- c) também falta algum questionamento sobre o que é o mais importante na vida do paciente.

NM - Outro aspecto que precisa ser reformulado concerne a documentação, registro e arquivo. Parece-me muito "picado" - não consegue dar uma visão total do paciente:

- a) o que é colocado no diário?
- b) o que é colocado na observação do paciente?
- c) o que é colocado na impressão que o entrevistador tem da entrevista?

Não fica repetitivo, e até dividido? Preciso reelaborar especialmente:

- a) o roteiro de entrevista dos pacientes;
- b) registro e guarda do material".

(01/05/85)

Ainda estava perdida no campo e na coleta dos dados. Para superar isso me impunha uma maior disciplina na coleta dos dados, com base no plano diário de coleta que eu fazia.

Junto a toda essa insegurança e à busca por um caminho melhor, havia também o sentimento de culpa e o desejo de ter mais tempo para a pesquisa. O sentimento de culpa estava relacionado com o fato de como pesquisadora, não poder intervir na assistência espiritual ao paciente, sabendo de sua necessidade nesse sentido. O desejo de ter



mais tempo devia-se ao fato de estar desenvolvendo paralelamente a atividade de docente numa faculdade de enfermagem:

"Sinto-me culpada por não assistir espiritualmente os pacientes ? ... Também penso ...  
Posso como pesquisadora participar do processo de formação de uma consciência espiritual?" (29/04/85)

"... Conversei com a diretora da faculdade sobre a possibilidade de reduzir minha carga horária para 20 horas semanais, para me dedicar mais à dissertação. Ainda não estou conseguindo ter a visão do todo da coleta de dados, quanto a espiritualidade. Será que é porque estou no começo da coleta de dados?" (06/05/85)

A metodologia continuou a exigir adaptações. No início de maio, decidi tentar centralizar o registro de todas as observações no diário de campo, separando uma observação da outra através de um título como: observação do doente hospitalizado, observação dos ministros religiosos, entre outros. No mesmo dia também decidi que os pacientes entrevistados seriam alvo de uma observação mais detalhada, anotada e anexada à sua entrevista. Essas duas medidas deram bons resultados, mas ainda assim não estava satisfeita, e isto me desanimava:

"Estou bastante cansada para qualquer registro hoje. Talvez também desanimada com a sensação de que a coleta de dados quase não está caminhando ... Não estou conseguindo organizá-la. Será pelo pouco tempo de que disponho? Ou haverá outro motivo?" (15/05/85)

Com o tempo, depois de um mês e meio, comecei a me sentir melhor no campo. Estava mais confiante e dominava melhor a situação de pesquisa. Sentia-se bem com os funcionários e os pacientes. Também percebia que estava mais aten-

ta às questões relativas à espiritualidade do paciente cirúrgico. Mesmo assim, havia algo com a coleta e a análise dos dados que não estava bem. Era como se algo estivesse "trancado":

"Mesmo me sentindo um pouco "trancada" quanto à pesquisa, tenho me sentido muito bem junto aos pacientes e funcionários. Isto tem sido positivo para mim. Hoje à tarde, depois das entrevistas, me senti bem por tê-las feito, pois o diálogo com Roberto e Marcos foi muito agradável". (19/06/85)

#### A Mudança de Rumo:

Continuando presente a sensação de que a coleta e a análise dos dados não estava deslançando, aproveitei o mês de julho, de férias escolares, para reavaliar tudo que até então tinha feito. Vi que seria impossível estudar a espiritualidade do paciente cirúrgico sem antes conhecer melhor sua experiência. A espiritualidade é parte dessa experiência e não poderia ser bem compreendida sem antes ter uma visão do que é ser um paciente cirúrgico. Os dados mostram isto: a impossibilidade de separar a espiritualidade da experiência global do paciente.

Há outro fator que também contribuiu para a decisão de estudar a espiritualidade de forma integrada com a experiência global dos pacientes da instituição onde foi realizado o estudo. É que eles viviam sua espiritualidade de forma bastante semelhante, de acordo com os padrões gerais do cristianismo. Seria difícil o estudo da espiritualidade em si, sem que houvesse pacientes que vivessem sua espiritualidade de acordo com outros padrões culturais e

religiosos. Sem isso, a análise comparativa dos dados, em termos da espiritualidade, ficaria limitada.

Esses foram os dois fatores que me levaram à decisão de mudar o rumo da pesquisa. Foi uma decisão bastante difícil. Houve muitos conflitos. Desde antes do início do mestrado, a minha idéia era a de estudar especificamente a espiritualidade. Era como um compromisso comigo mesma e com Deus. Eu o sentia assim. E agora, redirecionar a forma de fazê-lo, despertava em mim o sentimento de estar falhando com um compromisso assumido. Sentia-me meio culpada, pois parecia que eu iria abandonar o estudo da espiritualidade em si. Mesmo assim, depois de pensar bastante, vi que não adiantaria ficar insistindo em algo que não refletia espontaneamente a realidade dos dados. Conscientizei-me de que não era possível "manipular" ou "forçar" os dados somente para alcançar um objetivo anteriormente proposto. Abri mão do que eu queria, para escutar o que o paciente dizia e o que para ele era importante na experiência de doença, hospitalização e cirurgia.

Depois de tomada essa decisão, outras decisões, ligadas à metodologia também foram necessárias, especialmente no que se refere ao registro, à organização e à amostragem:

"Quanto à metodologia a ser utilizada, optou-se por pequenos estudos de casos elaborados a partir de observações diárias e de entrevistas repetidas com os pacientes, equipe de enfermagem, médico, ministros, para acompanhar a evolução das reações do paciente durante a hospitalização. A amostra será composta de pacientes cirúrgicos que sofrerão cirurgias de pequeno porte. Pretende-se acompanhar o primeiro paciente internado aos domingos

e às segundas, terças e quintas feiras. Dessa forma, serão estudados em média três ou quatro casos por semana. A análise preliminar dos dados terá que ser diária, as entrevistas serão gravadas".  
(29/07/85)

Depois dessas decisões, que para mim foram bastante difíceis e conflitivas, a coleta e a análise dos dados começaram a fluir melhor. No início, estava insegura de voltar ao campo com esse novo plano de trabalho. Além de ter receio que ele não desse certo. Estes sentimentos no entanto, na medida em que ia convivendo com o paciente, coletando e analisando os dados obtidos, foram gradativamente diminuindo. Comecei a me sentir bem mais à vontade com os pacientes e com a pesquisa em si. Havia encontrado um caminho:

"Senti-me bastante insegura em retornar hoje ao hospital, para dar prosseguimento à coleta de dados. Mas fui muito bem recebida. Senti-me bem com os pacientes ... Além de entrevistar dois pacientes, conversei com outros dois: um estava com alta e outro estava internado ...". (30/07/85)

"Permaneci no hospital das 15:30 às 18:30 horas. Foi um tempo agradável. Conversei com Fátima, Paulo e Manoel ... Conversei também com as duas filhas de Manoel e com duas legionárias de Maria ...".  
(05/08/85)

#### Análise dos Dados:

Antes de começar a análise propriamente dita, tive que trabalhar e descobrir como melhor organizar e registrar os dados. Mesmo assim, desde o primeiro mês de coleta de dados, começaram a surgir dificuldades na análise dos dados.

Primeiramente, procurei alguém que pudesse me ajudar, transcrevendo para o papel as entrevistas gravadas.

Depois de selecionar três nomes de alunas da graduação em enfermagem, junto ao setor de atendimento ao estudante da faculdade, escolhi para me auxiliar na tarefa uma aluna do 1º ano. Combinamos que eu lhe traria as fitas e que ela trabalharia em sua própria casa, doze horas por semana. Ela, no entanto, chegou apenas a transcrever sete entrevistas. Disse não ter mais tempo devido a problemas particulares e no estudo. Houve semanas em que ela não me entregou nenhuma entrevista, atrasando com isso a análise dos dados. Isso me fez pensar bastante e levou-me a decidir que eu própria faria a transcrição, mesmo que o fizesse de forma resumida e esquemática:

"Fiquei um pouco chateada, pois a estagiária da bolsa de pesquisa não me entregou nenhuma entrevista. Não sei se terei que conseguir outra pessoa para me ajudar". (14/05/85)

Analisar os dados de acordo com a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados era algo totalmente novo para mim. Apesar de estar lendo sobre o assunto, fazer a análise comparativa dos dados foi algo que descobri na medida em que ia analisando os dados.

No dia 5 de junho fiz a primeira análise preliminar. Não sabia como fazê-la e por onde começar. Buscando a forma de ter uma idéia global dos dados coletados junto aos pacientes, fiz um quadro que continha todas essas informações. Neste condensei sete entrevistas, minhas impressões pessoais e notas teóricas e metodológicas. Os dados levantados através da observação, das conversas informais e das entrevistas com integrantes da equipe de enfermagem foram analisadas separadamente.

Nessa primeira análise preliminar, pude perceber que o termo "espiritualidade" não estava sendo bem compreendido pelo paciente. Também comecei a me questionar se não havia determinados aspectos que variavam no tempo. Mesmo assim, ainda não havia descoberto uma forma de trabalhar os dados. Eles continuavam separados. Não vislumbrava como poderia construir algo com eles.

A segunda análise preliminar foi realizada no dia 3 de julho; foi como que uma reavaliação do que até então tinha feito. A insatisfação quanto aos dados coletados ainda estava presente. Na ocasião tentei juntar todos os dados que tratassem de aspectos semelhantes quanto à espiritualidade do paciente, como sua situação atual, suas preocupações, o sentido e o significado na vida, na morte, no sofrimento, a forma de entender a espiritualidade, a forma de expressá-la, a influência de Deus e da religião na vida. Tentei formar alguns diagramas que expressassem a situação da espiritualidade. Eram cinco ao todo. Um mostrava a espiritualidade conforme vivida pelo paciente cirúrgico. Outro, a situação da enfermagem na assistência à espiritualidade. O terceiro, a participação da família. O quarto, a evolução das reações do paciente de acordo com o tempo de internação, e o quinto tentava identificar os aspectos que interferiam nas reações dos pacientes.

Nessa análise puderam ser identificados vários aspectos importantes. Cito alguns exemplos: a relação com Deus era um ponto de apoio na experiência de cirurgia e modificava as reações do paciente; as reações do paciente com a experiência de cirurgia modificavam com o tempo; havia

uma diferença entre o que o pessoal de enfermagem dizia acreditar quanto à espiritualidade e o que fazia para assistir o paciente. Quanto à espiritualidade do paciente, vários aspectos importantes também puderam ser identificados, mas mesmo assim eu sentia que não estava conseguindo chegar à sua essência, que os dados estavam me levando a outra direção. A questão era descobrir que direção era essa.

Depois de muito pensar, decidi experimentar caminhar na direção das experiências vividas pelo paciente na situação de doença, hospitalização e cirurgia, observando suas modificações no tempo. Depois dessa decisão, os dados começaram a ter mais sentido e a se interligarem melhor. Era como se agora fosse viável construir algo com os dados. Começaram a surgir questionamentos e indícios da direção a tomar:

"Investigar o preparo para a internação ... A proximidade da morte pode levar a mudança de valores. Doença implica dependência, e hospital, sensação de prisão ...". (01/08/85)

Depois de acompanhar a experiência de cirurgia dos pacientes que integraram o primeiro grupo, parti para a terceira análise preliminar. Isso aconteceu no dia 19/09/85. No meu diário de pesquisador fiz o seguinte registro:

"Inicio hoje a avaliação/análise preliminar dos dez primeiros casos.

Passos:

- 1º) organização das informações, de acordo com a dimensão tempo;
- 2º) análise global;
- 3º) análise individual dos casos;
- 4º) estabelecimento do rumo a seguir.

Dificuldades: iniciar a análise global sem "rotular" previamente as categorias e propriedades com palavras já "conhecidas".

das"" (01/09/85)

Agora estava verdadeiramente começando a análise comparativa dos dados. O plano acima, proposto para a análise dos dados, foi alterado e complementado no momento em que foi sendo colocado em prática. A dimensão tempo surgiu como algo forte, por isso os dados foram organizados conforme a época em que ocorreram: em casa, no dia anterior à cirurgia (antes, durante e após), primeiro e segundo, dias após a cirurgia e do terceiro dia até a alta hospitalar. Concluí também que seria mais coerente que a análise individual de cada caso fosse feita antes da análise global do grupo como um todo. Nessa análise, eu procurava verificar a relação existente entre o que havia ocorrido, o que o paciente havia sentido e o que ele desejava e fazia. Na análise global, eu procurava identificar os aspectos comuns aos dez pacientes do grupo. Depois, procurei aprofundar a análise, tentando identificar os aspectos chave de cada etapa vivida pelo paciente, para em seguida elaborar um esquema ou diagrama que representasse a evolução dos fatos e das reações do paciente.

Várias questões importantes surgiram nessa análise. O período que o paciente vive em casa, antes de ser internado, por exemplo, foi identificado como sendo de preparação. O sentimento forte nessa época é a agonia. Vir para o hospital significa deixar o que lhe é conhecido e perder a autonomia de sua própria vida. Deus e o médico são seu ponto de confiança (diagrama nº 1). No dia anterior à cirurgia, a ênfase é a espera, a incerteza e a chegada ao hospital; é quando o paciente tenta esconder seu nervosismo e



a tensão de si mesmo e dos outros. No centro cirúrgico, a tônica é a de entregar-se a Deus e ao médico. Depois, há um período nebuloso, em que o paciente ainda se acha confuso, sob efeito da anestesia. Os dias subsequentes à cirurgia são caracterizados pelo desconforto físico e o retorno gradativo à sua vida anterior.

Essa análise preliminar foi testada com três pacientes; duas mulheres e um homem. Gostaria que tivessem sido também dois homens, mas como a análise dos três casos confirmou os resultados acima, não me preocupei muito com isso e parti para coletar os dados dos pacientes que integraram o segundo grupo.

"Hoje foi concluída a testagem com três casos da terceira análise preliminar. Gostaria que esta tivesse sido feita com quatro casos, mas quase não houve cirurgias simples masculinas (por isso ficou faltando um homem)". (17/09/85)

A quarta e a quinta análise preliminar foi feita seguindo basicamente o mesmo esquema da terceira. A quarta deu-se após o dia 14 de outubro de 1985, depois de coletados os dados dos nove pacientes que integravam o segundo grupo. A quinta análise, por sua vez, teve como base os dados dos dez pacientes particulares que integraram o terceiro grupo. Ela aconteceu depois do dia 9 de dezembro quando foi concluída a coleta de dados.

Eu estava feliz com os resultados da análise preliminar. Pensava estar chegando ao fim. Engano meu. Estava à minha frente mais um ano e meio de trabalho, durante o qual as análises seriam aprofundadas seguindo as etapas citadas na primeira parte da metodologia: codificação dos da

dos, formação das categorias, redução do seu número, identificação da categoria central e modificação e integração das categorias. Foi um tempo de muito trabalho, que parecia nunca chegar ao fim. Houve muitos momentos de desânimo e de dúvidas sobre se chegaria ou não ao fim da pesquisa. Foi muitas vezes um trabalho bastante solitário, apesar dos constantes contatos com as orientadoras, com quem discutia e validava cada etapa da análise. O ânimo e a disposição de trabalho voltavam quando via que algo novo estava sendo construído, ou quando percebia que as reflexões estavam me levando cada vez mais à experiência vivida pelo paciente. Isso verdadeiramente me empolgava.

A análise comparativa dos dados é algo que parece não ter fim. Sempre há coisas novas a conhecer, entender e verificar. Uma das minhas ansiedades ou receios era identificar o momento em que deveria parar com a análise e partir para a elaboração do relatório final. Percebi, no entanto, que não é bem assim que acontece com a análise comparativa dos dados. Ela continua a ocorrer durante a confecção do relatório, e até após sua conclusão, mesmo que as análises posteriores não sejam nele registradas.

#### A Saída do Campo:

A saída do campo de coleta dos dados é algo que aconteceu gradativamente. Desde os primeiros dias de dezembro, o tempo em que permanecia no hospital começou a diminuir. Já não acompanhava mais tantos pacientes. O último dia que estive no hospital foi no dia nove de dezembro.

Nesse dia, com uma certa sensação de saudade, me

despedi dos funcionários das duas unidades onde foi realizado o estudo, pois além de estar terminando a coleta dos dados, estava deixando meu emprego e a cidade. Este ano de convívio mais próximo com o paciente, ouvindo-o muito, tinha sido gratificante. Tinha aprendido a conhecer melhor o paciente cirúrgico. Eu gostava de conversar com eles, e isso me trazia uma certa satisfação. Iria sentir falta daquele convívio.

Apesar de gratificante, a coleta dos dados foi uma fase bastante difícil para mim, com muitas atividades além da de pesquisadora. Muitas vezes pensei que o ano não chegaria ao fim e agora, não acreditava que a coleta de dados chegava ao seu final. Por isso, somava-se à sensação de saudade, a sensação de alívio, pois eu estava cansadíssima.

#### O que Significa e as Dificuldades de se Fazer Pesquisa Qualitativa:

Por dois anos e meio, o estudo da experiência vivida pelo paciente cirúrgico fez parte integrante da minha vida e da vida das pessoas mais próximas a mim. Foi um tempo que parecia nunca chegar ao fim. Por um lado, foi uma experiência empolgante, bonita, e que me fez crescer como pessoa. Foi como se um novo horizonte se abrisse para mim. Por outro lado, implicou diversar dificuldades, expressas nas lutas, conflitos, decisões, nas renúncias e no caminhar por um caminho novo e desconhecido, às vezes escuro.

Três foram as situações, que mais marcaram minha vida e o desenvolvimento da pesquisa, durante esses dois anos e meio. A primeira foi o fato de ter trabalhado como

docente, num esquema de 40 horas semanais, na faculdade de enfermagem. A segunda, foi o fato de ser principiante em pesquisa, numa metodologia nova no contexto da enfermagem brasileira. E, terceira, o fato de não ter desenvolvido a pesquisa na mesma cidade onde funcionava o curso de mestrado a que estava vinculada.

A primeira situação, estar trabalhando como docente enquanto realizava a coleta e análise dos dados, teve grande influência no processo de pesquisa como um todo. Primeiramente, ela reduziu muito o tempo que eu dispunha para a coleta e a análise simultânea dos dados. A sensação que eu tinha é que estava sempre correndo, sem parar o suficiente para refletir sobre os dados e sobre a direção a seguir:

"Gostaria que a coleta dos dados já es tivesse mais adiantada. Vejo o tempo cor rer e quase não progrido em termos de co leta dos dados. Já estive con versando com a diretora do curso de enfermagem so bre a possibilidade de trabalhar vin te horas no próximo semestre". (08/05/85)

Esta constante corrida atrás do tempo foi levando ao cansaço. A disposição para o registro, organização e análise dos dados foi diminuindo, o que sem dúvida, apesar do esforço, afetou a qualidade do que eu fazia:

"Estou bastante cansada para qualquer re gistro hoje. Talvez também des animada , com a sensação de que a coleta de da dos quase não está caminhando ... Não estou conseguindo organizá-la. Será que é pelo pouco tempo de que disponho? Ou ha verá outro motivo?" (15/05/85)

"Estou cansada, sem condições quase de fazer este diário". (12/06/85)

O fato de estar nas unidades onde foram coletados os dados, também como supervisora de estágio dos alunos de graduação, teve suas vantagens e desvantagens. Por um lado,

facilitou muito o meu acesso à instituição, às informações e a livre circulação na unidade. Por outro lado, problemas que eventualmente ocorriam com os alunos, na sua adaptação à unidade e no desenvolvimento do estágio, afetavam também a minha atuação como pesquisadora, no relacionamento com os funcionários e pacientes. Além disso, foi muito difícil ter tempo para observar e conversar com pacientes, familiares e equipe de enfermagem no período de realização do estágio. Nessa ocasião a ênfase era o acompanhamento dos alunos. Por isso, decidi ir ao hospital também fora do horário, à tarde, em seis dias da semana. Isso, entretanto, era difícil cumprir, devido às atividades vespertinas na própria faculdade:

"Hoje fiz uma reunião com os alunos para avaliar o estágio, já que eles não estavam se adaptando muito bem na unidade. Tivemos uma conversa de três horas, durante as quais discutimos o problema ...". (06/05/85)

"Até agora tem sido impossível prestar muita atenção à observação da espiritualidade, durante a realização do estágio, pois nesse período minha preocupação principal é o acompanhamento dos alunos, quase não restando tempo para uma coleta de dados mais planejada ...". (07/05/85)

"Hoje, a manhã não foi muito movimentada, mas tenho a impressão de que não aconteceu nada de importante, ou que esqueci tudo. É que passei a tarde na faculdade, em reunião, e agora me sinto mentalmente cansada". (10/06/85)

Toda essa situação me levou a estabelecer prioridades em minha vida. A pesquisa ocupava o segundo lugar na lista delas enquanto que o relacionamento com os amigos ocupava o quarto lugar. Isso para mim foi conflitante durante todo o tempo, especialmente durante o ano de 1985.

Foi uma renúncia que muitas vezes me fez sentir culpada diante das pessoas. Muitas vezes tive dúvidas se isto va lia a pena. Cheguei ao final do ano cansada, física, men tal e emocionalmente.

A segunda situação que gostaria de destacar é o fato de ser principiante em pesquisa e de ter adotado uma metodologia nova no contexto da enfermagem brasileira. Is so teve grande influência no desenvolvimento da pesquisa. Toda a literatura era em inglês, o que dificultava o aces so a ela já que eu não era tão fluente em inglês quanto em português. Além disso, eu tinha impressão que os livros e textos sobre metodologia qualitativa - e especificamente sobre a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados - chega vam sempre um pouco atrasados. Que os textos e livros so bre determinado assunto chegavam às minhas mãos quando eu já estava no meio do caminho para resolver uma situação que eles poderiam ter ajudado a resolver mais rápida e ade quadamente. Isso muitas vezes obrigou-me a fazer de novo algo que já estava parcialmente feito. Muitos problemas, especialmente os relacionados à análise dos dados e à ela boração do relatório final da pesquisa, foram resolvidos via da tentativa, erro-acerto, o que requeria mais tempo para realização da pesquisa. Senti muito a falta de um mo delo ou de um exemplo a seguir. Muitas vezes me senti como se desbravasse um caminho, antes ainda não explorado. Ape sar desta ser uma característica da pesquisa qualitativa, percebe-se que eu ainda vivia uma certa ambigüidade, bus cando a segurança de um roteiro pré-determinado, caracte rística da pesquisa quantitativa.

A terceira situação que creio ter influenciado bastante o desenvolvimento da pesquisa foi o de ela não ter sido realizada na cidade onde era desenvolvido o curso de mestrado. Isto dificultou muito a orientação. Não era fácil o ir e vir entre as duas cidades devido às minhas outras atividades e compromissos. Trabalhei mais sozinha, também com menos acesso às novidades que surgiam no meio científico. Creio que um contato mais constante com as orientadoras teria abreviado o tempo de realização da pesquisa. Os contatos mais esparsos muitas vezes significaram fazer de novo boa parte do trabalho realizado durante determinado espaço de tempo. Se os contatos fossem mais frequentes, creio que o tempo gasto em fazer e refazer as análises e o relatório teria sido bem menor.

Todas essas dificuldades enfrentadas me ensinaram muito, mas creio, que durante todo o tempo, o que mais tive que aprender, talvez tenha sido ter paciência e persistência para começar sempre de novo sem desistir de caminhar em direção a construção de uma teoria substantiva.

### III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados, feitas intercaladamente, abrangem três assuntos principais: a experiência dos pacientes cirúrgicos, as categorias identificadas e a teoria substantiva em construção. Esta seqüência de apresentação dos resultados, e sua posterior discussão, deve-se à característica essencialmente indutiva da metodologia adotada.

Na discussão, os resultados do presente estudo são analisados comparativamente com os de outras pesquisas realizadas bem como assim, com textos escritos no âmbito da enfermagem brasileira. Devido a escassez de literatura sobre o assunto, em alguns casos, para aprofundar a discussão, também foram utilizadas pesquisas, livros, textos e reflexões de outros autores nacionais e estrangeiros, fora do contexto da enfermagem. Na discussão também estão incluídos questionamentos feitos através de análises e reflexões pessoais, com base na experiência e na vivência prática.



### 3.1 - Descrição e Discussão da Experiência do Paciente Cirúrgico:

A descrição da experiência vivida pelo paciente cirúrgico envolve dois aspectos: o ambiente que o envolve e o processo espaço-temporal vivido. O primeiro refere-se ao ambiente físico e à assistência prestada pela equipe de saúde da instituição onde foi realizado o estudo. O segundo aspecto está relacionado com a evolução da experiência no espaço e no tempo. Envolve a ida de casa para o hospital, diferentes estágios e eventos, e os problemas que caracterizam a vivência do paciente cirúrgico. A discussão feita no final desse sub-capítulo compara e analisa os resultados apresentados com os resultados, comentários e reflexões de outros estudos feitos na área.

#### A) Descrição do Ambiente do Paciente Cirúrgico:

O hospital onde foi realizado o estudo é o único hospital geral da cidade, estando localizado em sua área central. Em sua planta física podem ser percebidas duas partes distintas: a parte antiga e a parte nova, às vezes identificadas pela comunidade como "hospital velho" e "hospital novo". Na parte mais antiga, de planta física térrea, estão localizadas três unidades de clínica médica, o isolamento, o pronto-socorro, Raio X, laboratório, cozinha, e serviço de internação do paciente. A parte nova do hospital é um prédio de vários andares, onde estão localizados: maternidade, berçário, unidades cirúrgicas, centro cirúrgico,

centro de terapia intensiva, neurologia e uma unidade mista, com pacientes de clínica médica e cirúrgica. Duas unidades estavam desativadas na época da realização do estudo. No último andar do prédio há um auditório e no segundo andar uma capela e o departamento pessoal, sala de aula, sala de reunião e salas dos responsáveis pelas diferentes áreas de trabalho, como a área de enfermagem, a área técnica e a área médica. No primeiro andar, além da recepção e lanchonete, está localizado todo o setor administrativo. Ao todo, o hospital possui aproximadamente 350 leitos.

A administração geral do hospital sempre esteve sob responsabilidade de uma ordem religiosa. Três meses antes de começar a ser desenvolvido o estudo, a ordem religiosa, que por muitos anos dirigiu o hospital, foi substituída por outra na sua função. Por isso, na época da realização do estudo, a instituição, no seu todo, ainda vivia um clima de transição, pois gradativamente foram ocorrendo algumas mudanças. Alguns funcionários mudaram de setor de trabalho, pois foi adotado um sistema de rodízio de funcionários. Outros foram despedidos. Além disto, foi adotado um uniforme diferente para cada categoria da equipe de enfermagem. Também foram contratados mais enfermeiros.

Quanto à filosofia do hospital, sabe-se, com base na entrevista com a administradora, que não havia nada documentado neste sentido. De igual forma, as normas e rotinas também não estavam escritas. Percebe-se, no entanto, que habitualmente algumas normas e rotinas eram seguidas. O horário das visitas, por exemplo, era das 15 às 16 horas. Não havia limite do número de visitantes para cada pacien

te, apenas não era permitida a visita de crianças com menos de 12 anos. Algumas vezes havia mais de 15 pessoas no quarto do paciente. Raramente era permitida a visita ao paciente previdenciário fora desse horário. Além do horário pré-estabelecido para a visita, havia também dias pré-determinados para fazer o pedido dos diferentes tipos de materiais. A passagem de plantão costumava ser feita no quarto do próprio paciente. Os sinais vitais, quando não era necessário um controle mais rigoroso, era verificado duas vezes por dia. Estas e outras normas e rotinas eram seguidas, mesmo não estando reunidas num único documento.

#### Ambiente Físico:

Todos os pacientes cirúrgicos eram costumei~~ramen~~te internados no 4º e 6º andar do "hospital novo". Eventualmente, algum paciente particular podia ser internado noutra unidade. Isso só ocorria excepcionalmente, quando a ala particular das duas unidades cirúrgicas estavam lotadas. Os pacientes que se submetiam a cirurgias neurológicas também não eram internados nessas unidades, mas no terceiro andar. Os pacientes ortopédicos eram preferencialmente internados no sexto andar.

O estudo foi realizado nas duas unidades cirúrgicas, quarto e sexto andares. Elas têm a mesma planta física. Esta é composta de três partes distintas: a parte de uso dos funcionários do hospital e dos médicos, a ala dos pacientes previdenciários e a ala dos pacientes particulares (Anexo VI). As dependências que são de uso específico do pessoal que prestava atendimento aos pacientes localiza

vam-se na área mais central. Nestas dependências, estão incluídos o posto de enfermagem, a sala de serviço, a sala de curativo, o depósito que também era usado para sala de lanche dos funcionários, a copa, o depósito de material de limpeza, a sala de utilidades e a rouparia (Anexo VI). Na parte mais central estão localizadas algumas dependências de uso comum para pacientes e familiares, como o hall de espera, escadas e elevadores (Anexo VI). Na parede que separava o hall de espera do posto de enfermagem havia uma santa, onde às vezes eram colocadas flores e velas.

De um lado da unidade esta localizada a ala dos pacientes cirúrgicos particulares e de outro lado a ala dos pacientes cirúrgicos previdenciários.

Os pacientes previdenciários são internados em enfermarias de quatro leitos, que se localizam na ala ãdireita da unidade de enfermagem. Um outro quarto era utilizado para casos de isolamento (Anexo VI). Nessa ala também são internados os pacientes particulares que optavam por quartos de segunda classe, ou seja, optavam por internamento nas enfermarias em vez de nos quartos privativos.

As enfermarias, de quatro leitos cada, tinham logo na entrada, do lado direito, o WC e do lado esquerdo o chuveiro, além de dois armários embutidos e duas pias. A mobília do quarto consta de camas, mesinhas de cabeceira, mesa, cadeira e escadinha. Na parede havia um crucifixo.

Os pacientes particulares são internados em quartos privativos, localizados na ala esquerda da unidade de internação. Há três opções de quartos para esses pacientes: a suite, o quarto de primeira classe ou o apartamento.

Os quartos de primeira classe tem um banheiro, a cama do paciente, a mesinha de cabeceira, a mesa de refeições, uma mesa com cadeiras, uma poltrona e um sofá-cama. Os apartamentos têm, além desses elementos, uma geladeira pequena e o telefone. A suite consta ainda de uma antesala e mais um banheiro.

#### Assistência Prestada ao Paciente Cirúrgico:

A assistência ao paciente, previdenciário ou particular, é prestada pela mesma equipe de saúde, basicamente a equipe de enfermagem e o médico. Havia ainda as copeiras, serventes e o pessoal da manutenção que participavam na assistência. Os alunos do curso de graduação em enfermagem também prestavam assistência ao paciente cirúrgico durante seis meses do ano. O padre e as legionárias de Maria colaboravam na assistência espiritual ao paciente.

A assistência prestada pela equipe de enfermagem e pelo médico está voltada para a cirurgia e os aspectos técnicos relacionados a ela.

#### a) Assistência Médica:

O médico, para o paciente, é o elemento principal da equipe de saúde. Ele começa a participar da experiência do paciente antes deste ser internado. Desde a consulta médica até após a alta hospitalar, o médico é alguém importante para o paciente e sua família. Sua palavra e opinião é muito considerada na decisão de operar ou não.

No hospital, a sua atividade de médico era visitar o paciente, fazer as prescrições e realizar procedimentos

tos específicos como a cirurgia e a anestesia. Alguns médicos, já conhecidos do pessoal de enfermagem, faziam questão de eles mesmos, trocaram diariamente os curativos de seus pacientes. A maioria dos médicos, no entanto, preferia que alguém da equipe de enfermagem realizasse essa tarefa. Por isso, era comum algum elemento da equipe de enfermagem alertar os estagiários do curso de graduação em enfermagem:

"... não troca o curativo do 909-2 por que o Dr. Antônio sempre quer fazê-lo sozinho".

Não havia um horário específico para a visita e prescrição médica. A maioria dos médicos vinha ao hospital na parte da manhã, mas alguns vinham só de tarde. A equipe de enfermagem já conhecia e havia entrado na rotina dos horários estabelecidos pelos próprios médicos. Às vezes era preciso que alguém da equipe de enfermagem esclarecesse o paciente:

"Ah. ... O Dr. Francisco vem só às 11 horas".

"Não ... o seu médico vem só de tarde".

As prescrições médicas, deveriam ser diárias. Quando isto não acontecia era repetida a medicação do dia anterior:

"O aluno perguntou à auxiliar de enfermagem: O que eu faço, o médico não prescreveu para hoje? A resposta foi: repete a medicação de ontem". (Nota do pesquisador)

Os registros feitos pelo médico no prontuário do paciente, também nem sempre eram diários. O estilo básico adotado por eles no registro da evolução do paciente era o seguinte:

- "5/9 - Internou com úlcera gástrica san<sub>g</sub>ante. Dor intensa.
- 6/9 - Gastrectomia, tricotomia + fleet-enema.
- 7/9 - Operado sem anormalidades.
- 8/9 - Dor, dieta zero, mesma situação.
- 9/9 - Mesma situação - Retirar SNG (Son<sub>o</sub> da Naso-Gástrica).
- 10/9 - Mesma situação". (Médico do Sr. José).

A visita médica era um momento muito esperado pelo paciente e seus familiares, apesar de nem sempre ser realizada diariamente. O tempo de permanência do médico nos quartos, junto aos pacientes, geralmente era pequeno. Ele costumava chegar nos quartos e perguntar: "Tudo bem?". Se o paciente respondesse "tudo bem", o médico fazia um ou outro comentário e saía para a visita seguinte. Às vezes, o médico permanecia um maior tempo no quarto do paciente para lhe dar esclarecimentos e informações. O dia da alta hospitalar era a ocasião em que isto acontecia com maior frequência. Sua tendência era de demorar um tempo maior no quarto dos pacientes particulares:

"Quando será que vem o seu médico?... Eu queria tanto falar com ele ..." (Nota de observação)

"Já são 11 horas e o médico ainda não veio". (Nota de observação).

"Eu queria ter falado com ele da minha dorzinha aqui, mas ele estava com pressa ...".

Somente os familiares dos pacientes particulares, que tinham livre acesso ao hospital, costumavam participar da visita médica. Os familiares dos pacientes previdenciários só tinham acesso ao hospital no "horário de visita", hora em que dificilmente o médico fazia a sua visita ao paciente. Excepcionalmente era permitida a permanência do familiar fora do horário para conversar com o médico.

b) A Equipe de Enfermagem:

A equipe de enfermagem circulava livremente por todas as dependências da unidade. Conhecia todos os seus cantos. Os elementos que integravam a equipe de enfermagem das duas unidades onde foi realizado o estudo, não eram fi xos. Além da rotatividade decorrente da demissão e contra tação de novos elementos, os funcionários do hospital eram submetidos a um rodízio, de tempos em tempos, quanto ao seu local de trabalho.

De forma geral, no entanto, pode-se dizer que a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico era presta da por um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e sete ou oito atendentes de enfermagem. O esquema de tra balho era de oito horas diárias para o pessoal do diurno e plantões de doze horas, em noites alternadas, para o pes soal noturno. O primeiro turno de trabalho, que iniciava às sete horas e ia até às dezesseis horas, era feito pelo enfermeiro e dois ou três atendentes de enfermagem. O se gundo turno iniciava às dez horas e terminava às dezenove horas; era cumprido por dois atendentes de enfermagem. O plantão noturno, que ia das dezenove às sete horas, ideal mente deveria ser feito por um auxiliar e um atendente de enfermagem, mas, devido à falta de pessoal, nem sempre se dava dessa forma. Muitas vezes, o plantão noturno foi rea lizado por um ou dois atendentes de enfermagem ou apenas um auxiliar de enfermagem.

O enfermeiro ocupava seu tempo revendo as prescri ções médicas, verificando os cuidados prescritos, desenvol vendo atividades administrativas, como fazendo escala de



folgas e de tarefas. Garantia o cumprimento da prescrição médica e das normas e rotinas habitualmente seguidas. Supervisionava os cuidados necessários na preparação para os exames e cirurgias. Além disso, o enfermeiro auxiliava na assistência direta ao paciente, como nos cuidados de higiene, troca de curativos e administração de medicação, entre outros.

Os dois ou três atendentes de enfermagem que trabalhavam no primeiro turno tinham como função principal a administração da medicação e os cuidados de higiene. Mais tarde, por volta das 10 horas, juntamente com os atendentes de enfermagem do segundo turno, eram desenvolvidas as demais atividades, como a verificação dos sinais vitais, troca dos curativos, instalação de soros e demais cuidados prescritos. O preparo dos pacientes para os exames e cirurgias era preferencialmente realizado à tarde ou à noite. Esses mesmos elementos da equipe de enfermagem também eram responsáveis pela limpeza do material utilizado e desinfecção terminal e concorrente dos quartos. Os funcionários do plantão noturno davam continuidade aos cuidados prescritos pelo médico.

A atividade dos elementos da equipe de enfermagem seguia uma certa rotina diária. Primeiro, os banhos, os cuidados de higiene, encaminhamento dos pacientes ao Centro Cirúrgico e a medicação das oito horas. Depois, os curativos, os sinais vitais e outras técnicas como cuidados com as sondas. Por volta do meio dia, eram feitas anotações de enfermagem. À tarde, a prioridade era a distribuição da medicação, os preparos para as cirurgias ou exames do dia se

guinte e o recebimento dos pacientes em pós-operatório imediato, vindos do Centro Cirúrgico. À noite, a atividade estava voltada para distribuição da medicação, acompanhamento da evolução dos pacientes em pós-operatório imediato, verificação dos sinais vitais e preparo dos pacientes que seriam operados no dia seguinte.

O período de maior agitação na unidade era o da manhã, quando eram realizados a maior parte dos cuidados de enfermagem. Era também no período da manhã que a maioria dos médicos realizavam suas visitas e muitas vezes solicitavam a presença de algum elemento da equipe de enfermagem. A habitual agitação matutina só diminuía ou desaparecia quando os alunos do curso de graduação em enfermagem estavam desenvolvendo seu estágio nestas unidades:

"Amanha vocês não vêm? Quero só ver ...  
E com todos estas pacientes". (Funcionário)

Todos os elementos da equipe de enfermagem faziam registros no prontuário. Os registros referentes a internação do paciente, que em parte eram feitos pelo escritório da unidade, tinham repetidamente, as seguintes características:

"Paciente admitido no 4º andar para fazer cirurgia com Dr. "X", histerectomia".  
"Relata estar bem, sem queixas, PA = 12/9, P = 80, R = 18. T = 36,5". (Registros no prontuário de Clara).  
"Internou para tratamento cirúrgico".  
(Registro no prontuário de Marisa).

No pré-operatório, por outro lado, eram comuns registros do tipo:

"Paciente vai para o C.C, com os seguintes SV - PA: 12/9, P: 90, R: 20, T: 36,4". (Registros no prontuário de Clara)

"Calma, aguarda cirurgia. SV - PA: 12/8, P = 85, R = 19, T = 36,6. Feita lavagem para cirurgia com bom efeito". (Registro no prontuário de Marisa).

Já no pós-operatório, os registros eram:

"Paciente calma, lúcida, refere distensão abdominal, boa diurese. SV: PA = 11/8, P = 82, R = 17, T = 36,6". (Registro no prontuário de Clara)

"Dor na bexiga e na incisão. SV = PA = 12/8, P = 80, R = 18, T = 36,5. Calma, lúcida, discreta dor na incisão. Boa diurese. Deambula para ir ao banheiro". (Registro no prontuário de Marisa)

Por ocasião da alta, os registros costumavam ser os seguintes:

"Alta-melhor". (Registro no prontuário de Clara)

"Calma, lúcida, sem queixas, boa diurese, SV mantendo-se". (Registro no prontuário de Marisa).

Em poucas vezes, algum elemento da equipe de enfermagem permanecia junto ao paciente com o objetivo de ouvi-lo ou ajudá-lo a enfrentar a cirurgia. O diálogo entre o paciente e o pessoal da equipe de enfermagem ocorria durante o tempo em que estava sendo executado algum cuidado ou desenvolvida alguma técnica de enfermagem. O tipo de relacionamento mantido entre o pessoal de enfermagem e o paciente cirúrgico dependia muito de suas características pessoais. Se eram ou não comunicativos e sensíveis aos problemas dos outros:

"Nota-se que não há planejamento da assistência na área psico-espiritual. A assistência limita-se ao diálogo não planejado. O diálogo acontece de acordo com a necessidade momentânea do paciente e disposição do funcionário". (Nota do Pesquisador)

c) Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem:

Os alunos do curso de graduação em enfermagem também conviveram com o paciente cirúrgico durante seis meses do ano. Eram alunos do 5º e 8º período, cursando as disciplinas de enfermagem cirúrgica e administração aplicada à enfermagem. Os alunos do quinto período desenvolveram atividades de assistência direta ao paciente. Os alunos do oitavo período tiveram suas atividades mais voltadas a aspectos administrativos e de liderança. O número de alunos estagiando em cada unidade cirúrgica variava de acordo com o tamanho de cada turma do curso de enfermagem. A média era de cinco a sete alunos de enfermagem cirúrgica e de um a quatro alunos das disciplinas enfermagem aplicada à administração e liderança.

Os pacientes costumavam gostar da atenção que os alunos davam à sua afetividade, através do diálogo e da demonstração de atenção e interesse. Por outro lado, às vezes os pacientes se sentiam inseguros ou preocupados com a qualidade da assistência técnica prestada pelo aluno. Isto, no entanto, costumava desaparecer na medida em que o aluno ia demonstrando suas habilidades:

"Aquela mocinha da manhã ... uma excelente pessoa. (Citou-a como exemplo de um atendimento com amor e carinho)". (Relato D. Miriam).

"Gosto das estagiárias. É uma maravilha, são tão boazinhas ... Conversam com a gente. A gente esquece mais da dor ...". (Relato de Ana)

"Ele reagiu agressivamente quando o aluno não conseguiu puncionar a veia". (Depoimento do professor dos alunos de graduação em enfermagem).

d) Demais Elementos da Equipe de Saúde:

As duas serventes da unidade ocupavam-se com a limpeza de todas as dependências da unidade que se referia ao chão, paredes e janelas. Apesar de não prestarem cuidados diretos ao paciente, mantinham contatos e conversas com eles por ocasião da limpeza dos quartos. Dois outros serventes passavam diariamente pela unidade para recolher o lixo e a roupa suja. Os eventuais consertos na unidade eram feitos pelo pessoal da manutenção, quando solicitado pelo enfermeiro.

A única copeira da unidade era funcionária do serviço de nutrição e permanecia na unidade somente nos horários da alimentação. Sua atividade era distribuir a alimentação. Caso algum paciente necessitasse de auxílio na alimentação este deveria ser prestado pelo pessoal de enfermagem.

O escriturário da unidade era responsável pela parte burocrática dos encaminhamentos do paciente. Preenchida os horários da medicação e observava os cuidados prescritos pelo médico. Montava os prontuários por ocasião da internação, fazendo os registros referentes à identificação do paciente. Além disso, ele costumava fazer parte da primeira anotação de enfermagem:

"Paciente internou no quinto andar para tratamento cirúrgico. SV: PA ..., P ..., R ..., T ....."

Por ocasião da alta, verificava se o prontuário estava corretamente preenchido. Caso não estivesse, providenciava seu preenchimento.

O escriturário tinha um papel de destaque no mo

mento da internação do paciente. Geralmente era com ele que o paciente tinha o primeiro contato quando chegava ao hospital e à unidade. Era ele que realizava a internação hospitalar e a admissão à unidade. Muitas vezes, era o próprio escriturário que levava o paciente até o seu quarto.

e) A Assistência Espiritual:

No hospital havia um serviço organizado para a assistência espiritual ao paciente católico. Esse serviço era coordenado por uma das irmãs que integra a ordem religiosa que administra o hospital. Diariamente, com exceção das segundas-feiras, um padre visitava uma das unidades do hospital no horário das 9:30 às 11:30 horas para conversar, dar a comunhão ou ouvir a confissão de pacientes que solicitaram a sua presença. No dia que antecede à visita do padre, duas senhoras que integram o grupo das legionárias de Maria visitavam a unidade, no horário das dezesseis às dezoito horas. Conversavam com os pacientes e anotavam o nome daqueles que no dia seguinte gostariam de conversar com o padre:

"Nosso trabalho consiste em passar nos pacientes e prepará-los para a visita do padre. Perguntamos se eles querem benção, comunhão ou confissão". (Depoimento de duas legionárias de Maria).

A irmã Carolina, que coordena o serviço de assistência espiritual ao paciente católico estava tentando formar um grupo de funcionários mais comprometido com o lado espiritual. Eles se reuniam semanalmente para refletir sobre a Bíblia e sobre como assistir espiritualmente o paciente. A irmã Carolina também fazia visitas diárias.

rias aos pacientes, dando especial atenção aos mais graves. Nessas visitas sua ênfase era a conversa com o paciente e não especificamente dar a comunhão ao paciente ou rezar com ele:

"Minha ênfase nestas visitas era o diá logo ...". (Irmã Carolina)

A comunhão era dada ao paciente quando este a so licitava, como antes de ir à cirurgia. Nem sempre era o pa dre que dava comunhão ao paciente. A irmã Carolina também o fazia quando solicitada:

"A irmã entrou no quarto, caminhou até a paciente, falou as orações e demais pala vras ligadas à comunhão. Não dirigiu ou tras palavras à paciente, nem lhe fez perguntas. A paciente não parecia espe rar que ela o fizesse". (Nota do Pesqui sador).

A assistência espiritual aos pacientes não católi cos dependia muito da solicitação do próprio paciente, pois não existia nenhum serviço estruturado. O ministro religio so vinha visitar os pacientes quando chamado pelo próprio paciente ou seus familiares. Algumas vezes, voluntários de certas igrejas evangélicas, como Assembléia de Deus, tam bém visitavam os pacientes, deixavam folhetos e oravam com eles.

A ordem religiosa que administrava o hospital, preocupada com a assistência espiritual que era prestada ao paciente, promoveu um curso de aproximadamente seis ho ras de duração. O curso abordou a espiritualidade do pacien te e a responsabilidade dos profissionais de saúde. Estive ram presentes, aproximadamente, umas 50 pessoas, que parti ciparam fazendo poucas perguntas.

No dia de "Corpus Christi" foi realizada uma procissão no hospital, com participação de pacientes e funcionários, que vinham cantando hinos religiosos. Ela foi passando de unidade em unidade. Cada unidade arrumou um pequeno altar. No altar do quarto andar foram colocadas flores, velas e a Bíblia. A procissão, que vinha trazendo uma cruz, uma vela e um sino, foi recebida pela Chefe da Unidade, que leu uma mensagem. Depois disso, a procissão seguiu seu caminho em direção a outro andar. Nenhum dos funcionários do quarto andar acompanhou a procissão. Foi, no entanto, interessante observar a sua reação:

"Alguns funcionários riram e depois reclamaram da pouca atenção que receberam. Falaram: nem olharam para nós ... Também, porque haveriam de olhar? ... Mais tarde um deles comentou que Cristo estava apressado. Aí, outra funcionária corrigiu: Cristo não, as pessoas". (Nota do Pesquisador).

Numa das unidades onde foi realizado o estudo, de acordo com a opinião da Chefe da Unidade, algo não ia bem. Por isso, ela resolveu solicitar a presença do padre para que abençoasse a unidade. O padre e a irmã Carolina vieram à Unidade, mas a bênção acabou não sendo dada, pois o padre havia esquecido de trazer o texto com a leitura adequada para a ocasião. A Chefe da Unidade ficou decepcionada e comentou que para ela "não era importante o ritual, mas a atitude em si".

Nas entrevistas realizadas com o pessoal de enfermagem elas falavam da importância da assistência espiritual e de seu desejo em praticá-la. Na prática, no entanto, se percebia que na assistência direta ao paciente pouco disto era feito:



"Às vezes dá a impressão que muitos membros da equipe de enfermagem têm a disposição sincera de assistir também espiritualmente o cliente, só que não conseguem colocá-la em prática". (Nota do pesquisador)

B) O Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico:

Ser um paciente cirúrgico é uma experiência que ocorre num determinado local e num determinado tempo. Ela não é vivida apenas no hospital, mas também em casa. Envolve mudança de ambiente. Sua evolução é marcada por eventos significativos e sucessivos, que delimitam os diferentes estágios da experiência do paciente cirúrgico, estando relacionados com os problemas vivenciados por ele no transcorrer deste tempo.

É também uma experiência que envolve o paciente cirúrgico em seu todo. Afeta seu físico e seus sentimentos. Implica problemas que exigem dele a definição de coisas. Envolve sua família, amigos e profissionais de saúde,

A Mudança de Ambiente: de Casa para o Hospital:

A mudança de ambiente é algo que caracteriza a experiência de ser um paciente cirúrgico. Há um determinado momento em que ele precisa sair de casa e ir para o hospital. Precisa deixar o ambiente que lhe é conhecido e ir para um ambiente que lhe é desconhecido. A partir deste fato, podem ser identificados dois períodos distintos na experiência do paciente cirúrgico: o período em casa e o período no hospital (diagrama nº 6).

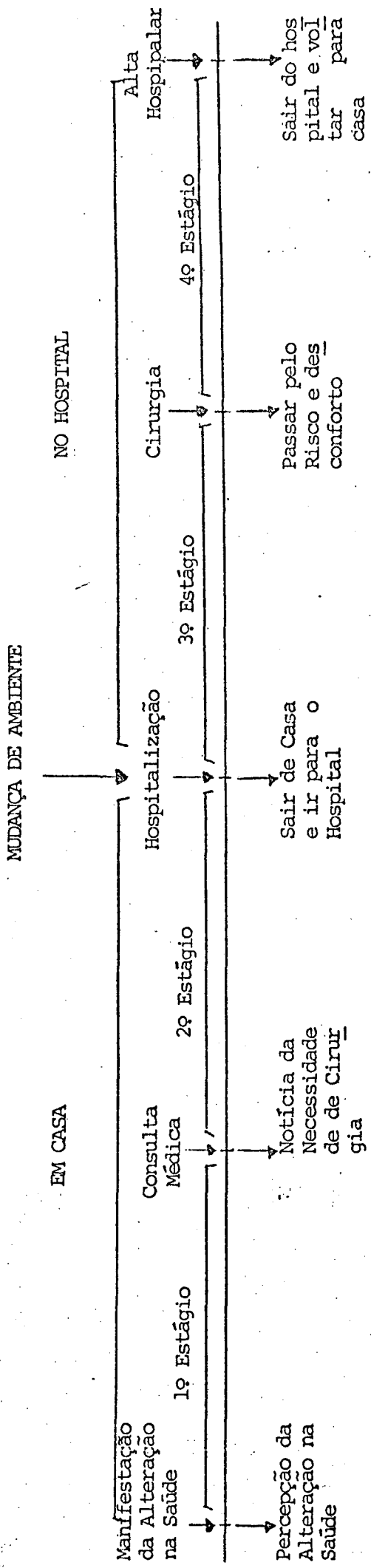


Diagrama nº 6: O Processo Espaço-Temporal e os Problemas Vividos pelo Paciente Cirúrgico.

É em casa que tudo começa. É quando o paciente ainda está em casa que surgem e são percebidas as primeiras alterações na sua saúde. É nesse período que ele decide consultar o médico e recebe a notícia da necessidade da cirurgia. É um período vivido num ambiente que lhe é conhecido e familiar, do qual tem um certo controle e conhecimento. A casa é algo bastante importante para o paciente. Implica um certo sentimento de ser útil, estar à vontade, ser livre e estar perto da família. Geralmente é difícil para o paciente sair de casa. A maior parte dos pacientes não de seja ir para o hospital:

"Senti muita tristeza ao sair de casa. A última noite em casa foi muito difícil".  
(Fátima)

"Fiquei mais preocupada quando soube que teria que vir para o hospital. Fiquei meio apavorada em ter que ficar longe de casa, da família e não tão à vontade".  
(Manoel).

O período no hospital é aquele vivido no ambiente que lhe é desconhecido, estranho e não familiar. Ele inicia com a chegada ao hospital, inclui a realização da cirurgia e termina com a alta hospitalar. Há pacientes que como Luiz, sentem o hospital como uma "prisão". Outros pacientes, como Marisa, já se sentem muito incomodados pelo cheiro de remédio, pelo sangue, pelo soro, agulhas, injeção e banho na cama. Mesmo que a hospitalização e a cirurgia signifiquem a solução de um problema, poucos se lembram ou vivem isto nessa ocasião. O tempo no hospital, para eles, é marcado por monotonia, silêncio e falta de atividade. Mesmo que, para alguns pacientes, o fato de estar no hospital seja pior que o de ser operado, eles reconhecem a

necessidade de ficar no hospital devido a maior segurança para a sua saúde, especialmente no caso de alguma complicação:

"Não gosto de hospital nem para visitar outro paciente. Não gosto de cheiro de remédio, de ver sangue e ouvir pessoas gritando". (Marisa)

"No hospital a gente estranha a cama, em casa não. A gente já está acostumado". (Oscar)

"Não gosto do hospital... É tudo silêncio. Em casa a gente sempre está em movimento". (Eliana)

É provável que a experiência do paciente cirúrgico não termine com a alta hospitalar. Por isso, é possível que a saída do hospital e a volta para casa marquem o início de um terceiro período, o em casa de novo. Este período no entanto, não foi alvo deste estudo.

#### A Evolução no Tempo: os Eventos, os Estágios e os Problemas:

A evolução da experiência do paciente no tempo é basicamente caracterizada por três elementos: os eventos, os estágios e os problemas. Os eventos são acontecimentos ou fatos que marcam e caracterizam os diferentes momentos da experiência vivida. Eles delimitam o início e o fim dos quatro estágios pelos quais passa o paciente cirúrgico. Os cinco eventos principais estão relacionados com determinados problemas que o paciente vivencia, ou seja, estão relacionados com certas dificuldades ou questões consideradas difíceis, em torno das quais giram seus pensamentos e sentimentos por um determinado tempo. Envolvem dúvida, hesitação, a possibilidade de mais de uma opção e o conflito ou sofrimento emocional (diagrama nº 6).

O primeiro evento é a "manifestação de alteração na saúde". É o momento em que surge a doença e se evidenciam as manifestações físicas e as mudanças corporais. Este fato, quando descoberto e identificado pelo paciente, é para ele um problema, chamado no presente estudo de "percepção da alteração na saúde". É quando tem início o primeiro estágio do processo vivido por ele (diagrama nº 6). Este é um período em que o paciente pode se sentir nervoso, apavorado e ansioso. Muitos não querem aceitar que estão doentes e que precisam ir ao médico, pois no início, geralmente, o incômodo causado pelos primeiros sintomas da doença não é tão grande a ponto de impossibilitar a manutenção da rotina de vida do paciente:

"A hérnia apareceu há uns nove ou oito meses. No início não incomodava, mas agora dói, por isso procurei o médico". (Paulo)

"Estava na idade da menopausa e comecei com hemorragia". (Marina)

"Há uns 20 dias, quando apareceu a hérnia, fiquei meio apavorado e nervoso". (Manoel)

"No início o pai não queria ir ao médico. Dizia que não era nada". (Filhas de Manoel)

Depois da reação inicial, o paciente geralmente começa a conversar com as pessoas sobre a sua situação, procurando especialmente aquelas que já tiveram manifestações semelhantes às que ele está experimentando. Na medida em que vai conversando, uma solução para o seu caso vai se delineando e sua disposição de ânimo tende a melhorar um pouco. As pessoas com quem conversa tendem a lhe mostrar que a situação não é tão grave assim, mas que a ida ao médico é importante:

"Me animei quando comecei a conversar com os amigos e eles disseram que era coisinha de nada. Um deles disse que te ve o mesmo problema. Aí decidi procurar o médico e fazer os exames". (Manoel)

A família tem um papel de destaque no estímulo à procura do médico. Em alguns casos, ela chega até a forçar o paciente a tomar essa decisão. É a família que nessa hora também é apoio ao paciente, acompanhando-o à consulta médica. Desta forma, o médico é geralmente o primeiro e único membro da equipe de saúde a ter contato com o paciente antes da hospitalização:

"Sou eu que estou levando sempre meu pai ao médico e acompanhando tudo mais de perto". (Filho de Manoel)

"Minha nora é que me levava ao médico quando era preciso". (Francisco)

A "consulta médica" é, pois, o segundo evento significativo. É a tentativa de o paciente resolver seu problema de saúde, de por fim aos desconfortos e manifestações que vem apresentando. A "consulta médica" marca o fim do primeiro estágio e o início do segundo (diagrama nº 6).

"Fui ao médico porque estava com dor e com vontade de urinar e não podia, urinava pouco". (Francisco)

"Quarta-feira fui ao médico que já deu a internação". (Leila)

É com a ida ao médico que o paciente recebe a "notícia da necessidade de cirurgia", considerado como o segundo problema significativo. Essa notícia, muitas vezes, é um choque para o paciente. Diante dela, ele geralmente se sente triste, nervoso, apavorado, agoniado, pasmo, com medo e com a sensação de que o mundo acabou:

"É difícil dizer a sensação que eu tive na hora que o médico deu a notícia. Na hora fiquei pasma. Sempre após uma opera

ção (é que já fiz várias) digo que nunca mais vou operar". (Tânia)

"Fui ao médico segunda-feira ... Quando soube da notícia, puxa vida ... Não dormi, pensando um monte de coisas ...".

(Élcio)

Há pacientes, por outro lado, que dizem não sentir nada no momento da notícia da necessidade de cirurgia. Há os que, como José, pensam "fazer o quê? Tem que operar". Outros, como Marisa, "não penso em nada, só em Deus".

A reação emocional é algo evidente em todos os pacientes e familiares nessa época, mesmo que ela apresente variações de acordo com as características pessoais do paciente e as características particulares da situação. Tende a haver mudanças no comportamento habitual do paciente. Em geral, ele demonstra uma maior sensibilidade, o que é especialmente visível nas mulheres, que choram com maior facilidade. Alguns pacientes também tendem a ficar mais "desligados" do mundo à sua volta. Outros demonstram mudanças nos seus hábitos alimentares e de sono:

"Chorei muito de manhã. Estava nervosa em casa. Não podia falar, que chorava".

(Leila)

"A mãe ficava chorando pelos cantos".

(Filha de Maria)

"Eu estava muito preocupada. Não ligava mais para a lição dos filhos. Não ligava mais para o horário da comida. Ficava no mundo da lua, não dormia mais, nem tinha apetite". (Maria)

"Eu não tinha mais fome". (Leila)

Com o passar do tempo, no entanto, a expectativa da hospitalização e a tensão emocional relacionadas à necessidade de realizar a cirurgia tende a ir diminuindo. Nas palavras de Manoel, "o nervoso vai se desgastando e a gente vai se acostumando" com a idéia de operar.

Outra vivência que muitas vezes é parte da experiência do paciente cirúrgico, nessa época, é o desconforto físico. Este pode variar muito em intensidade e localização, de acordo com o tipo de doença ou alteração de saúde do paciente. Pode levar a uma maior ou menor alteração na rotina de vida do paciente, afetando especialmente o desempenho de atividades relacionadas ao seu trabalho:

"Fiquei em casa com dor. Tomava chá mas não melhorava. Nem podia trabalhar". (José)

Durante o tempo que antecede a hospitalização e a cirurgia, o paciente também precisa fazer alguns preparativos. Ele precisa fazer os exames, providenciar a papelada para internação, arrumar as malas e mudar os planos que tinha feito para a sua vida durante aquele tempo. Isso pode levar a um certo atropelo, pois a necessidade de rearranjar a vida é somada à tentativa de continuar a desenvolver suas atividades normais, como o trabalho, o cuidado da casa e dos filhos. Decisões e determinações quanto aos afazeres diários, compromissos sociais e financeiros são necessárias:

"O fato de ter que operar agora trouxe atropelos. Minha filha está de férias lá em casa. Tínhamos feito mil planos ...". (Tânia)

"Gosto das coisas arrumadas. Trabalhei mesmo doente". (Fátima)

"Mudei até a poupança do meu nome para o de minha filha". (Marli)

"... tinha que determinar as coisas e ficar me preparando". (Leila)

Ele também precisa decidir se irá operar ou não, se irá operar agora ou mais tarde. Isso não é fácil, pois o paciente e os familiares sabem que qualquer decisão que



for tomada implica risco:

"Acho que operar tem riscos ...". (Clara)

"Se eu ficasse em casa, morreria. Vir para o hospital dá medo da anestesia ...".  
(Ana)

Nem sempre são os pacientes que tomam essa decição. Às vezes, eles deixam ou aceitam como final a decisão do médico ou de familiares:

"Quando o médico disse que eu tinha que operar fiquei tranquilo. Fazer o que? Tinha que operar. Tinha que operar e acabou". (José)

Alguns pacientes, antes de tomarem a decisão, ou paralelamente a ela, tentam outras formas de tratamento, que não a cirurgia. Consultam farmacêuticos, tomam chás, consultam outros médicos, ou simplesmente dão um certo tempo para ver se o desconforto físico regride sozinho:

"Primeiro tentei tratar com chás e tomando remédio para ver se melhorava. Tinha que vir para o hospital, mas ficava esperando para ver se melhorava. E não melhova". (José)

Todos os paciente da amostra deste estudo optaram por "operar agora", mesmo que alguns deles em situações anteriores houvessem optado por "não operar" ou "operar mais tarde":

"Já procurei o médico há um ano atrás... era para operar ... adiei, adiei e agora a crise na visícula voltou ...". (Leila)

De forma geral, esse é também um período de pouca informação. O paciente sabe pouco sobre a sua situação e sobre o que ocorrerá com ele. Alguns chegam ao hospital sem ao menos saber do que serão operados. Para muitos pacientes uma importante fonte de informação são os leigos, vizinhos,

amigos e familiares, especialmente aqueles que já sofreram uma internação cirúrgica. Essas informações, porém, nem sempre são bem fundamentadas, podendo colaborar até para aumentar o medo.

Para a família, é também um momento difícil, que se caracteriza pelo nervosismo e a preocupação. Além de a família sentir seu próprio "drama", de ter um parente submetido ao risco cirúrgico, ela sente também o "drama" do paciente que será operado. Ela procura lhe dar força, ajudando-o nos preparativos para internação e cirurgia. Às vezes, no entanto, ela não sabe o que fazer:

"Eu estava muito nervosa esta manhã. Rezei muito e acendi velas". (Filha de Mãe Noel)

"Eu chorava por qualquer coisinha. Quando chorava na sala, minha família saía da sala". (Sílvia)

O paciente percebe geralmente as dificuldades e o sofrimento da família e se preocupa com isso. Às vezes, o paciente se "controla", esforçando-se para não demonstrar suas emoções, para não aumentar o sofrimento da família:

"Minha mãe estava muito preocupada. Sou seu único filho homem ... Tinha que me controlar para que a mulher não ficasse ainda mais nervosa ...". (Pedro)

O terceiro evento significativo é a "hospitalização". É consequência da decisão de operar e traz à tona aquele que foi considerado o terceiro problema "sair de casa e ir para o hospital". Marca o final do segundo e o início do terceiro estágio (diagrama nº 6). Esse é também um momento difícil para o paciente. O paciente deixa o que lhe é conhecido e familiar e vai para um ambiente que lhe é desconhecido e estranho. Envolve pois, a necessidade de

adaptação. A maioria dos pacientes não quer ir para o hospital:

"O médico disse para eu já vir para o hospital no dia da consulta, mas eu fiquei adiando porque era fim de semana e estava sem crise. Depois era para vir ontem de noite, mas só vim hoje de manhã".

(Leila)

"A pior hora foi a entrada no hospital. Não queria sair de dentro do carro ...".

(Tânia)

"Na hora de chegar ao hospital, fiquei meio desencorajado, parecia que o mundo estava se acabando". (Pedro)

"Senti muita tristeza ao sair de casa. A última noite em casa foi muito difícil".

(Fátima)

A recepção no hospital nem sempre é agradável para o paciente e seus familiares. Eles costumam sentir muito o impacto da cobrança imediata da anestesia. Muitos vão sozinhos do setor de internação até a unidade, de onde são levados até o quarto por alguém da enfermagem ou pela escriturária. Esse é o primeiro contato do paciente com a equipe de enfermagem:

"Tânia teve que pagar a anestesia logo ao chegar no hospital. Ficou indignada, também, ao saber que para o paciente particular a anestesia é mais cara. Até foi irônica com a secretária dos anestesistas". (Nota de observação)

"Ela me trouxe até aqui no quarto e disse: aquela aí é tua cama". (Sandra)

"Ela trouxe o Pedro até o quarto, mostrou a cama e saiu". (Nota de observação)

O primeiro dia no hospital e o tempo que antecede a cirurgia é caracterizado essencialmente pela preocupação com a anestesia, desconfiança, agonia, nervosismo, angústia, vontade de chorar, medo da morte, da dor, da anestesia e do corte. Mesmo tendo a sensação de estar diante de algo ruim, há pacientes que dizem estar "tudo bem" e "nor

mal". De forma geral, eles fazem o possível para esquecer que estão diante da cirurgia. Eles se reforçam para não pensar nem sentir, querem, assim, como Luiz, "guardar ou esconder o medo e deixar a hora chegar". Alguns procuram esconder suas emoções da família. A vontade de "fugir" e "sair correndo", às vezes, também é grande:

"Dá vontade de fugir, sair correndo. Estu fazendo o possível para não sentir, guardar ou esconder o medo". (Lauro)  
 "Não queria que ninguém percebesse". (Tânia)

Alguns pacientes falam que no dia que antecede a cirurgia se sentem sem força, tendo que se conformar com a necessidade de ser operado. Ao mesmo tempo, eles têm o desejo de viver e estão dispostos a fazer o que for necessário para isto:

"Tenho que me conformar ... Mas quero viver, faria quantas cirurgias fossem necessárias". (Fátima)

Parece que, mesmo não querendo pensar, o paciente pensa, avalia e pesa a sua situação, sua história de saúde, seu estilo de vida, sua relação com Deus e com as pessoas, seus hábitos e vícios, suas expectativas e emoções. Para alguns pacientes, a possibilidade da morte é um grande fantasma; assim, pensam e sonham com ela. Outros dizem saber que não irão morrer, mas mesmo assim dão determinações para o caso disto acontecer:

"Pensei que iria morrer. Até sonhei com a morte". (Sueli)  
 "Sei que não vou morrer, mas já disse para o meu marido para quem ele deveria dar algumas das minhas roupas ...". (Marisa)

O dia que antecede a cirurgia é também um tempo de espera. Um tempo em que o paciente não tem o que fazer. To

das as providências necessárias, geralmente, já foram tomadas. O paciente começa a ter a sensação de que o tempo não passa:

"A manhã foi longa. Queria que a operação já tivesse sido ontem. Todas as cirurgias que fiz foram de manhã, menos uma. A expectativa é menor". (Tânia)  
 "Espero que o dia de hoje e de amanhã passem rápido. O pior é esperar". (Lauro)

A noite que antecede a cirurgia também não costuma ser fácil para o paciente. Geralmente o sono não é tranquilo. Pensam na saúde, doença, família e cirurgia. Relatam dor de cabeça, palpitação, pesadelos, insônia e alterações respiratórias. Além disso há também o preparo pré-operatório, como lavagens intestinais e jejum, que costumam interferir bastante no sono. Os poucos pacientes que disseram ter dormido bem nessa noite apontaram como causa a entrega da sua situação a Deus, o fato de acreditar ser uma cirurgia simples, ter tido uma "visão" que garantia a cura ou o fato de ter aprendido a desligar-se dos problemas e a dormir. Muitos pacientes recebem também algum tranquilizante para que possam adormecer com mais facilidade, e o sono transcorra sem tantas perturbações:

"Quase não dormi. Fiquei pensando no meu pai. Também senti muita dor de cabeça. Fiquei nervosa. Era como se meu coração estivesse estufado. Ficou disparado e doía o peito. Na respiração trancava as veias. Era tudo nervos". (Fátima)

"Dormi a noite inteira. Sentí paz e confiança em Deus". (Aparecida). "Ela tinha tido uma visão de que tudo daria certo".

(Nota de Observação)

"Dormi bem. Aprendi a desligar. Também me deram um tranquilizante". (Tânia)

Na manhã do dia da cirurgia os pacientes costumam acordar cedo e tomar banho. A manhã parece longa. Preferi

riam que a operação já tivesse sido realizada, ou que ela acontecesse o mais cedo possível. Poucos sabem com alguma exatidão a hora em que ela será realizada:

"Esperava, esperava, esperava ... Quanto mais esperava, mais demorava". (Sueli)  
 "Acho que a operação será após as 9 horas. Não sei". (Tânia) (No cronograma do Centro Cirúrgico a cirurgia já estava marcada para as 12:30 horas). (Nota de observação)

Com a proximidade crescente da cirurgia, a maioria dos pacientes tendem a ficar mais calados, como se estivessem mais voltados para dentro de si, para sentimentos como o nervosismo e o medo da anestesia, da dor e do Centro Cirúrgico. Alguns, no entanto, falam muito, riem e dizem "besteira". Outros buscam esclarecer dúvidas. Há também os que tentam não deixar transparecer sua tensão, dizendo estar "tudo bem" e "tudo normal":

"Não queria que meu marido e minha filha vissem que eu estou nervosa. Fiquei falando besteira e rindo". (Tânia)

É dos colegas de quarto que, nesta época ele recebe o maior número de informações. Eles costumam falar de suas experiências, especialmente como é ser anestesiado, acordar da anestesia e pós-operatório. Isso, às vezes, até o assusta mais:

"Agora estou mais nervosa. Fico andando o corredor todo. Dizem que depois que a pessoa vem da operação e começa a passar a anestesia dá um calorão e a pessoa quer arrancar os aparelhos, fica nervosa. Só penso nisso". (Sandra)

Com a chegada da maca do Centro Cirúrgico, o vestir da camisola própria, chega o momento de subir para o Centro Cirúrgico. A espera da hora da cirurgia vai chegan

do ao fim. Para a maioria dos pacientes esse é um momento bastante difícil. É comum, o paciente falar de reações como "tremor por dentro", "não parar na maca" e a "cabeça estar doendo e rodando". Há os que nesta hora ainda querem desistir da cirurgia. Outros só pensam que "têm que ir". É isso que lhes dá coragem:

"Quando chegou o dia, fiquei desesperada. Chorei muito. Parece que ia ver eles me cortando e ia morrer ali naquela hora. Não conseguia deixar que me levassem. O médico veio e me aconselhou. Disse que, se eu não fosse agora, teria que ir mais tarde". (Ana)

A família, os amigos e especialmente os colegas de quarto podem ser fonte de ajuda nesse momento que antecede a cirurgia. Os colegas de quarto podem ser um exemplo positivo de como enfrentar a cirurgia. A conversa que se estabelece entre eles é fator de distração e ânimo, fazendo com que o tempo passe mais rápido:

"Alguns colegas de quarto já fizeram operações mais melindrosas e estão enfrentando outras. Isto deu mais coragem".

(Manoel)

"Estou contente. Já encontrei um amigo e fiz amizade com dois colegas de quarto".

(Manoel)

"Estou andando sozinha no quarto, mas é melhor com companhia. A gente conversa e vai distraindo mais". (José)

Nessa hora, a presença de algum familiar também lhes dá conforto. O paciente geralmente espera estar com algum familiar, ou ao menos ver alguém da família antes de subir para o Centro Cirúrgico. Quando o paciente é casado, o cônjuge é essa pessoa. No caso de ser solteiro, são os pais. Quando viúvo ou desquitado, geralmente são os filhos adultos, pois os filhos menores tendem a ser uma preocupação

ção, e os jovens, mesmo sentindo muito a situação, dificilmente mantêm um vínculo de ajuda com o paciente. Isto, no entanto, efetivamente só ocorre com os pacientes particulares, pois a visita dos familiares dos pacientes previdenciários só é permitida nos "horários de visita" (das quinze às dezessete horas). Excessões podem ocorrer em caso de situações especiais, como quando o paciente está muito gravemente enfermo, ou no caso de o paciente ter algum familiar trabalhando no hospital. Por outro lado, a presença da família mais distante geralmente não é desejada neste momento, pois esta é uma hora em que ele quer ficar mais sossegado:

"Vim mais cedo que a hora da cirurgia para ver se falaria com o meu marido, mas não me deixaram entrar. Agora estou preocupada, se poderei esperar meu marido voltar do Centro Cirúrgico". (Esposa de Antônio)

"Não avisei minha mãe e os parentes que ia operar. Só quero avisar depois de ter sido operada, senão querem vir para cá e conversar e aí fica pior". (Miriam)

"Minha irmã queria avisar a família, mas eu não deixei, para não se preocuparem". (Sandra)

Para os familiares, essa também não é uma hora fácil. Mostram-se preocupados, calados, nervosos e inquietos, mesmo que às vezes digam estar calmos. "Estar junto" do paciente nos instantes que antecedem a cirurgia, às vezes não é fácil para eles, mesmo que normalmente seja este o desejo do paciente. Alguns familiares não aguentam e vão-se embora do hospital:

"De manhã, meu marido saiu do hospital. Disse que não adiantava ficar aqui. Ele estava muito nervoso". (Tânia)

"O filho estava com Marli. Quando já se aproximava a hora da operação, ele quis



sair para ir até o banco, achando que voltaria a tempo. Ela sentiu isto. Ela gostaria que ele ficasse ali até que ela fosse para cirurgia". (Nota de Observação)

No tempo que antecede a cirurgia, o paciente geralmente se apega muito a Deus, a Jesus e aos Santos. A confiança em Deus lhe dá paz e uma maior tranquilidade. Alguns pacientes sentem-se consolados pela lembrança de que "Deus não dá uma cruz maior do que a que podemos carregar". São poucos os pacientes que se consideram fortes e capazes de enfrentar esta situação sem a força de Deus:

"Deus é que dá força e coragem". (Fátima)

"Seja o que Deus quiser ... Enquanto me levavam para o Centro Cirúrgico, vi bastante o Sagrado Coração de Jesus. Sou bastante devota a ele. Ainda bem que para cada lado que eu olhava, o via. Parecia que era de propósito que ele estava ali. Ficava me apegando a ele. Entreguei tudo ao Sagrado Coração". (Tânia)

"Fui rezando para Deus, para os Santos e Maria. Sou muito apegada a Deus. Acho que isso ajudou". (Marlene)

A equipe de saúde acompanha, com maior ou menor participação e envolvimento essa vivência do paciente e de seus familiares. O contato do paciente com o médico nesse momento é pouco. Muitos pacientes não conversam mais com o médico, desde a internação até a realização da cirurgia. A confiança nele, no entanto, é necessária para a tranquilidade do paciente:

"Confio primeiro em Deus e depois no médico". (Fátima)

A atividade da equipe de enfermagem junto ao paciente está muito relacionada com os cuidados pré-operatórios, como verificar os sinais vitais, confirmar se na pas-

sagem de plantão os cuidados da véspera foram realizados, retirar a prótese e encaminhar ao Centro Cirúrgico. Alguns elementos da equipe de enfermagem procuram confortar o paciente com palavras do tipo, "vai dar tudo certo", "isso não é nada" ou "o médico é bom".

O quarto evento é a "cirurgia", e marca o final do terceiro e o início do quarto estágio. A realização da cirurgia faz com que o paciente viva mais um problema, "passar pelo risco e desconforto físico". Este pode ser considerado seu problema principal. É o centro de sua experiência como paciente cirúrgico (diagram nº 6):

"Na maca senti medo. Pior tempo que pas sei ... Foi a hora mais difícil. Na anes tesia senti como se estivesse arriscando a vida. Têm pessoas que não acordam mais ...". (Maria)

"Não é ruim quando vai, mas quando volta é horrível. Senti dor na bexiga, tosse e não conseguia urinar". (Marisa)

A lembrança que fica para o paciente do tempo que ele passou no Centro Cirúrgico não é agradável. Ao contrá rio, esse é um tempo bastante difícil. O Centro Cirúrgico e toda a situação vivida naquele momento desperta o medo, a sensação de estar arriscando a vida, o nervosismo, a ago bia e a vontade de fugir. A necessidade da anestesia aumen ta a sensação de risco de vida, pois segundo ele há pes soas que não acordam mais. A sensação de risco é maior nos casos de anestesia geral. Alguns chegam quase a se arrepen der de ter aceitado ou decidido operar:

"Dá vontade de fugir pela janela. Dá um medo na gente. Quando cheguei no Centro cirúrgico, vi todo mundo de máscara. Não vi o médico na hora, só o anestesista". (Marisa)

"Sempre tive medo de anestesia, Tem pessoal que não acordam mais". (Leila).

Sua lembrança, muitas vezes, está relacionada ao desconforto físico. À posição desconfortável na mesa de ciurgia, ao calor ou frio do ambiente. Também, pode relacionar-se a certas reações físicas, como soluço, vômitos e tremores:

"Aquela posição na mesa de cirurgia é chata. Fiquei cansado porque demorou".  
(Francisco)

Ser anestesiado ou estar anestesiado, nem sempre implica tranqüilidade para o paciente. Fátima, por exemplo, disse ter tido uma "visão de morte", de ter "voado no alto" e de ter "se visto toda de preta". Outros dizem ter tido "sonhos" desagradáveis:

"Tenho lembranças de muita água. Como se fosse enchente. Era vômito". (Tânia)

Para alguns pacientes, o breve tempo de espera no Centro Cirúrgico até a realização da cirurgia pode ser bastante prolongado, devido a alterações no cronograma do Centro Cirúrgico. Em alguns casos, a cirurgia pode até ser suspensa. As causas podem ser o atraso do médico, uma ciurgia de urgência, arrumação da sala de cirurgia, ou a falta de condições do próprio paciente de ser operado (gripe é o mais comumente alegado). Esses imprevistos podem causar diferentes reações no paciente. Para alguns, isso é muito dificil. Ficam mais nervosos, querem fugir e pensam "mil coisas". Há alguns que, ao contrário, se sentem aliviados. Outros, simplesmente "não pensam". Dizem, como Sandra, "aguartei porque sou calma". Alguns, como Aparecida, dizem não ter se assustado, nem ficado "nervosos", e nem "pensan

do nada negativo", pois haviam "entregue a vida a Deus". Dizem só ter pensado nele:

"Não me assustei. Tinha certeza que tinha alguém ali, dando força. Não fiquei nervosa e não pensei nada negativo".

(Aparecida).

"Quando me disseram que eu não ia mais operar, passou todo o nervoso. O que eu sentia era tudo nervoso". (Fátima)

"A hora em que eu fiquei mais nervoso foi quando fui para a mesa de cirurgia e tive que voltar, porque a cirurgia foi suspensa. A gente não é acostumado com isso. Cheguei no quarto quase morto. Fiquei muito nervoso". (Jôse)

Durante os preparativos imediatos para a realização da cirurgia, como o posicionamento e imobilização na mesa cirúrgica e a instalação do soro, os pacientes geralmente pensam na família e em Deus. É característico, nesta hora o paciente se voltar para Deus, rezar, entregar ou deixar tudo em suas mãos:

"Deus, que seja a tua vontade. Se for tua vontade então deixa eu dormir. Se não for da tua vontade então não deixa eu dormir". (Sílvia)

"Só lembrei de Deus. Esquecí tudo. Só lembrei dele. Só conto mesmo com a ajuda de Deus". (Leila)

"Deus, eu sei que daqui não vou sair viva, mas me guarda quando eu morrer".  
(Oração de Fátima)

Enquanto o paciente está no Centro Cirúrgico, a família fica sem acesso a ele, mesmo assim alguns famíliares costumam permanecer no hospital, ou na unidade de enfermagem ou diante do Centro Cirúrgico. Este parece ser o tempo de maior tensão para a família. Demonstram ansiedade e inquietação apesar de às vezes forçaram sorrisos ou dizerem estar calmos. A maioria não tem condição para diálogo. Alguns chegam a chorar:

"O marido de Tânia estava no quarto, esperando seu retorno da sala de cirurgia. parecia um pouco mais acessível, até sorriu. Não houve condições para o diálogo. Aparentava viver uma tensão contida".

(Notas de Observação)

"Fiquei preocupada. O tempo não passava."  
(Filha de Leila)

"A filha de Paulo chorou. Apenas disse estar preocupada com o pai. Não quis conversar mais". (Notas de observação)

Acordar da anestesia não é algo agradável para o paciente. Para muitos, este período já se inicia na própria sala de cirurgias. Suas lembranças desse momento são vagas e nebulosas. Ele vê os equipamentos da sala de cirurgia, percebe que está sendo transportado, mas não consegue se localizar no tempo e no espaço, o que às vezes o deixa inquieto. Seu desejo é de acordar logo. Para os pacientes que se submeteram à anestesia geral, o período nebuloso e confuso tende a ser mais prolongado. Sofrem como que a um lapso de tempo do qual não têm lembrança. Depois, há uma vaga lembrança de estar "acordando da anestesia". É comum já reconhecerem os familiares, mas ainda se apresentam bastante sonolentos. Nesse período de sonolência e de semi-consciência, o grau de agitação é variável. Alguns chamam pela família, dizem que vão morrer e seguram com firmeza a mão de algum familiar que esteja ali. Outros, ficam quietos. Os pacientes que se submeteram à raquianestesia ou anestesia peri-dural, não sentem muito esse período como "vago", "confuso" ou "nebuloso". A sonolência tende a ser menor. O desconforto físico também geralmente é menor, apesar de na raquianestesia ser exigida a posição horizontal. Para eles a recuperação pós-anestesia tende a ser mais tranquila:

"Não vi mais nada. Só a sensação de ser empurrada e colocada em algum lugar".

(Tânia)

"Cheguei da operação, não sabia mais nada, todo tonto, todo fora do ar". (José)

"Acordei no Centro Cirúrgico. Vi os aparelhos e perguntei aonde estava. Disseram que eu já ia sair da sala de operação". (Sandra)

"Sandra retornou do Centro Cirúrgico um pouco agitada. Falava que ia morrer ...

Estava preocupada em avisar à família".

(Notas de observação)

"A melhor ora foi a hora de acordar e ver que estava tudo bem". (Tânia)

Durante o período de recuperação da anestesia, os pacientes geralmente se sentem cuidados pela família e pelos colegas de quarto. São eles que, segundo o paciente, costumam cuidar para que não caia da cama, mantem-no coberto, alcançam coisas e chamam a enfermagem, em caso de necessidade. São também eles que, no dia seguinte, lhe informam o que aconteceu no período em estava sonolento. De forma geral, o paciente deseja saber quais foram suas reações, por quem chamaram e a hora que chegaram ao quarto:

"A vizinha disse que eu gritei muito, que perguntei pela senhora. Ela também disse que eu cheguei toda preta do Centro Cirúrgico". (Fátima)

Depois de passado o efeito da anestesia, é comum os pacientes se queixarem de algum incômodo relacionado à realização da cirurgia. A dor é a queixa mais comum:

"Senti dor porque estava trancando a urina". (Marisa)

"A sonda incomodou bastante. Sentia um queimor na garganta". (José)

A reação do paciente ao desconforto físico é gemer, ter medo de complicações e se apegar a Deus. Ele pede a intervenção de Deus e o alívio do que está lhe incomodando. Há pacientes que por serem mais ativos e terem inicia

tiva, chamam por alguém, indicando às vezes até qual a forma de resolver seu problema:

"Fiquei pensando em Deus, para que aliviasse a minha dor ou tocasse nas mãos das irmãs para que viessem dar remédio".

(Mariana)

"A urina trancou. Eu não senti dor, mas muito medo da sonda. Não queria que colocassem sonda. Pedi uma bolsa de água quente". (Tânia)

O primeiro dia após a cirurgia é marcado pelo desconforto físico, variável de acordo com as características de cada paciente e a cirurgia realizada. O incômodo sentido pelo desconforto físico pode limitar em diferentes graus a independência e as atividades do paciente. Geralmente, também devido ao desconforto físico e à falta de uma posição confortável, o paciente não dorme bem durante a noite. Sua principal queixa é a dor. Outras queixas comuns são a irritação, o queimor e a dor na garganta, tosse, sede, vômitos, incômodo e agonia com a sonda naso-gástrica além da dificuldade de urinar:

"Gemente. Bastante sensível à dor, sono lenta. Incomodada com a sonda. Gemeu bastante de dor ao ser puncionada a veia".

... "Paciente refere dor na incisão, ansias e vômitos", (Anotação de enfermagem - Leila)

No primeiro dia após a cirurgia, a tendência do paciente é não levantar da cama, e depender mais do pessoal de enfermagem, dos colegas de quarto e da família. Os pacientes que sentem maior incômodo com o desconforto físico, preferem ficar quietos na cama e não conversar. Alguns ainda estão sonolentos e apáticos. Outros até reagem agressivamente quando perturbados. Os pacientes que, nesse dia, já apresentam um "bom estado geral", gostam de sair da ca

ma e de andar um pouco, mesmo que com alguma dificuldade. Já cuidam de si sozinhos, chegando mesma a visitar outros pacientes e ajudá-los nos seus cuidados:

"Já andei e fui visitar outras pacientes". (Aparecida)

A dependência do paciente nesse dia não está só relacionada ao desconforto físico, mas também às restrições impostas pelo médico, como a necessidade de repouso ou de manter os membros inferiores elevados.

Emocionalmente, as reações variam desde a tranqüilidade e colaboração a agressividade. A maior parte dos pacientes ainda sentem medo, apesar do alívio pelo fato de a cirurgia já ter sido realizada. Muitos ainda se sentem chateados, apáticos e desanimados, o que é provocado, em parte, pelos analgésicos e tranqüilizantes cuja prescrição é bastante comum nesse dia. Há também os paciente que estão irritados com o desconforto físico, especialmente se estiver sendo necessária a sonda naso-gástrica:

"Sueli se encontra apática. Conversa pouco com as pessoas à sua volta". (Notas de observação)

"Estava agoniada com a sonda". (Sandra)

"A sonda atrapalha muito. É ruim. Fica trancando na garganta, desde o nariz até o estômago". (Antônio)

No dia após a cirurgia, o pensamento do paciente se volta para questionamentos do tipo: "Será que vou sarar?", "Quando terei alta?". Às vezes também pensa na possibilidade de complicações e na morte. Desde cedo, o paciente pensa em sua recuperação. Compara a sua evolução com a dos colegas de quarto, com a sua própria situação antes da cirurgia e com suas expectativas:



"Fico pensando quando vou sarar, quando vou embora". (Sílvia)

"Se eu soubesse como seria, não teria operado". (Sandra)

"Correu tudo bem, mas eu senti mais dor que esperava". (Clara)

"Me senti mais forte do que elas (colegas de quarto). Elas tiveram um pouco de problema, eu não ... minha cirurgia não era bicho de sete cabeças, era mais simples que das outras". (Aparecida)

Nos dias subseqüentes, o desconforto físico vai diminuindo gradativa mas visivelmente. A independência física vai aumentando na mesma proporção. No segundo e terceiro dias após a cirurgia, a dor já está bem menor. Especialmente a dor na incisão. O sono também apresenta sinais de melhora. Praticamente todos os pacientes já deambulam, ao menos lentamente, para se sentarem na cadeira, mesmo sentindo alguma tontura. Com isso, os pacientes começam a participar mais. Já realizam com maior independência sua higiene. O auxílio de sondas e drenos começa a ser gradativamente dispensado:

"Já fui até o corredor, ao banheiro e fiz a barba. Me senti outro homem". (José)

"Já estou bem melhor. A dor melhorou. Já levantei da cama". (Sílvia)

"Hoje sentei um pouco na cadeira, mas senti tontura, um calor e frio". (Sandra)

Poucos pacientes, nesses dias, ainda se queixam de dor forte, constipação, diarréia, anorexia, tosse, náuseas e alterações no sono. Destes, alguns são chamados de "poli-queixosos". Estes permanecem mais na cama, quietos e sem vontade de conversar:

"Leila está apática, sem reagir, sonolenta. Gemente, com muitas dores. Quase não se movimenta na cama". (Notas de Observação)

A partir do quarto dia pode-se dizer que o desconforto físico já é bem menor, enquanto que a independência física continua crescendo. Boa parte dos pacientes já recebeu ou está recebendo alta. Os que ainda permanecem no hospital, especialmente aqueles sem uma perspectiva de alta, podem demonstrar um certo desânimo, mesmo quando estão bem. A saudade de casa é grande.

Há pacientes que ainda se queixam de dor na incisão, garganta e região lombar. Alguns poucos ainda podem apresentar tosse seca, pigarros, insônia, tontura, secreção sanguinolenta no dreno, flatulência, diarreia, constipação e diminuição do apetite. Qualquer problema ou novo desconforto físico preocupa bastante o paciente. Ele logo pensa numa possível complicação:

"Lauro está preocupado com a plenitude gástrica que está sentindo após as refeições. Fica se perguntando: Será que terei que me operar de novo"?... (Nota de Observação)

A nível emocional pode-se notar reações diversas em diferentes pacientes. Há os que estão quase recuperando bem, estão tranquilos, calmos e dispostos. Alguns chegam até a mudar visivelmente a sua disposição de ânimo. Nem parecem mais a mesma pessoa. Estão mais livres, soltos e dispostos para o diálogo. Tendem a ficar cada vez mais dispostos e esperançosos. Pode-se até dizer que ficam mais alegres, contentes e ambientados ao hospital:

"Tânia parece bem tranquila. Recebeu-me muito bem. Parecia outra pessoa, alegre e risonha". (Notas de Observação)

Há outros pacientes que ainda estão meio apáticos e desanimados, sem vontade de conversar. Estão irritados,

inquieta e tensos (o que geralmente é associado ao uso de sonda naso-gástrica):

"Leila continua na cama, sonolenta, gemendo e sem conversar. Sua aparência está abatida. Parece não estar reagindo. Ainda não se sentou fora da cama". (Notas de Observação)

"Tensa e inquieta, com náuseas, refere irritação com a sonda naso-gástrica - querendo retirar a sonda". (Anotação de Enfermagem - Sandra).

Agora, o maior desejo do paciente é ficar bom logo e voltar para casa. A saudade de casa e dos filhos menores que não puderam visitá-lo é grande:

"Estou agoniado para ir embora. Quero ir para casa". (Antônio)

As informações que o paciente recebe quanto ao transcorrer da cirurgia, de forma geral, são vagas, o que leva alguns paciente ao desânimo e ao conflito, devido à preocupação com seu diagnóstico. Alguns chegam a pensar que não têm cura. Outros ficam se questionando, pois querem saber a verdade. Eles continuam a analisar sua recuperação, comparando sua situação com a do paciente ao lado. É interessante notar que sinais evidentes de melhora, às vezes, não animam aqueles pacientes que ainda sofrem certo grau de desconforto físico. O medo de alguma complicação ainda existe, mesmo que em menor intensidade. As informações recebidas do médico ainda são poucas. Mesmo assim, sua palavra e opinião é muito importante para o paciente:

"Disse para o médico que cheguei à conclusão que não tinha mais cura ... chorei muito". (Fátima)

"O médico ainda não deu explicação. Talvez terei alta amanhã". (Clara)

"Ainda tenho medo de que possa acontecer alguma coisa. Desço devagarinho da cama. Para tossir aperto bem a incisão". (Márcia)

Com a proximidade da alta, o paciente e sua família, começam a ter mais algumas informações sobre a evolução, transcurso da cirurgia e perspectiva da alta. Nem sempre, no entanto, as informações recebidas são suficientes para o paciente:

"Eu queria saber mais, mas ele (o médico) disse "esquece" e foi embora ... eu queria saber mais sobre a minha doença".  
(Fátima)

A família mais próxima participa bastante da experiência de hospitalização e cirurgia, mesmo quando não está presente ao hospital, como é o caso da família dos pacientes previdenciários. A família deseja e sente a responsabilidade de "estar junto" com o paciente, mesmo quando isso só lhe é permitido na hora da visita. Ao menos um de seus elementos procura estar no hospital, junto ao paciente, quando ele retorna do Centro Cirúrgico. Eles desejam ficar com o paciente, até que ele esteja totalmente recuperado da anestesia. Isso, no entanto, poucas vezes é permitido. Comumente lhes é permitido permanecer na unidade, fora do horário de visita, somente até que o paciente seja acomodado no seu leito. Depois desse contato, a família tende a se tranquilizar. Em alguns casos, no entanto, quando há o emprego de sondas e drenos, a ansiedade se mantém elevada por mais algum tempo. A primeira noite do pós-operatório ainda pode ser de bastante preocupação para a família:

"A esposa de Paulo queria pelo menos dar uma olhadinha no marido". (Nota de observação).

"É bom porque já foi operada e está passando bem. Agora é outra emoção; a esperança de que volte para casa em três ou quatro dias". (Marido de Ana)

"Não me sinto bem vendo meu marido assim. Ver ele com a sonda me faz ficar com medo e nervosa ... Uma pilha ... Eu não posso ficar aqui, eles não deixam. Vou para casa preocupada. É um tempo muito difícil". (Esposa de Lauro)

De forma geral, com o passar dos dias, os familiares se apresentam gradativamente mais animados, sorridentes e aliviados. A vida familiar, no entanto, ainda está abalada, especialmente no caso de o paciente ainda estar muito dolorido e dependente das pessoas à sua volta. Os familiares costumam avaliar a evolução do paciente. Comparam-na com a dos outros paciente e com a sua própria expectativa:

"A filha e a esposa de Paulo estavam muito alegres na hora da visita. Pareciam aliviadas. A filha me recebeu especialmente bem, dizendo: esta é a moça que conversei comigo ontem". (Nota de Observação)

"Outro paciente que operou hoje já está todo positivo, conversando. Meu marido está tão ... Também a operação foi maior ...". (Esposa de Lauro)

No segundo e terceiro dia após a cirurgia, o número de visitas tende a aumentar. Isso é motivo de alegria para o paciente. A falta de visita é motivo de tristeza, mesmo quando o paciente tem justificativa para a ausência dos amigos e da família. O círculo de familiares que visita o paciente começa a aumentar. A família mais distante como tios e primos, também começa a visitar o paciente.

Os colegas de quarto são fonte de ânimo, de distração e de ajuda mútua. Eles conversam e se distraem juntos. Mesmo assim, alguns pacientes preferem um quarto de primeira classe ou apartamento. As principais causas que esses pacientes apontam são: vontade de estarem sozinhos,

limpeza do quarto, livre acesso da visita, companhia constante da família e até a esperança de ver alguma criança que não tem a idade mínima (12 anos) para visitá-lo:

"Nunca fiquei internada em enfermaria. Gosto de isolamento em algumas horas, mesmo gostando de conversar e sendo amiga ... Também escolhi o quarto de primeira classe por causa da higiene, na enfermaria tem mais três pacientes que tem visitas com hábitos diferentes e outros odores ... também tem a questão do livre acesso da visita e a esperança de ver minha neta". (Tânia)

A motivação para o lazer também vai aumentando gradativamente. Restringe-se basicamente a assistir TV, ler, conversar, passear e visitar outros paciente. Poucos fazem trabalhos manuais.

As atividades da equipe de enfermagem são semelhantes durante todo o quarto estágio. No período imediatamente após a cirurgia, elas giram em torno de ações como colocar o paciente na cama, adaptar sondas e drenos e o controle inicial dos sinais vitais. No primeiro dia após, elas estão mais voltadas para o cuidado do paciente, como dar banho, arrumar sua cama, fazer curativos, verificar os sinais vitais e prestar os cuidados relativos às sondas e drenos. As orientações dadas são poucas. Alguns pacientes se queixam da insistência do pessoal de enfermagem em tirá-los da cama ou de reclamarem quando eles desarrumam a cama. É neste dia que, com maior probabilidade, ocorrerão os conflitos com a enfermagem. A dor, somada à necessidade de mobilização e deambulação e a forma como isso é estimulado pela enfermagem, pode levar a desentendimentos. Gradativamente, com a maior participação do paciente, os conflitos

com a enfermagem tendem a ir diminuindo:

"Briguei com aquele rapaz porque ele quis me forçar a sair da cama ... Eu estava com dor e não consegui. Chorei bastante. Queria fugir daqui ... De tarde briguei com a chefe, porque ela brigou comigo na hora da visita". (Fátima)

O último evento significativo identificado é a "alta hospitalar". É quando, já parcialmente recuperado, o paciente deixa o hospital e volta para casa. É nesse momento que ele se depara com outro problema, "sair do hospital e voltar para casa". Deixar o que lhe é desconhecido e voltar para o que lhe é conhecido, marca o final do quarto estágio (diagrama nº 6). A alta hospitalar está bastante relacionada com a recuperação após a cirurgia. A volta para casa é muito esperada e desejada pelo paciente. Mesmo assim, apesar da alegria com a alta, nota-se em alguns pacientes um certo sentimento de insegurança quanto às condições de cuidar de si em casa e sua capacidade ou não de temporariamente dar conta de sua vida e da vida dos que dependem dele. Nos primeiros dias, ele precisa de ajuda, pois o desconforto físico ainda pode ser grande. De certa forma, sair do hospital e voltar para casa é um "problema positivo".

"Meu marido está com medo de ir embora... está preocupado, porque ao levantar da cama sangrou pela sonda ...". (Esposa de Carlos)

"Clara acha que não terá problemas em casa, pois tem diarista. Seu marido, no entanto, acha que vai ser difícil ela não fazer nada, pois tem mania de limpeza".

(Nota de Observação)

"Espero ser esta a última noite no hospital. Estou toda hora olhando no relógio ... Se o médico não der alta brigo com ele ... Todos os que estão aqui querem ir para casa". (Marisa)

Alguns já recebem alta no segundo dia após a ci  
rurgia. Para a maioria, ela se dá por volta do quarto ou  
quinto dia. A expectativa da alta é algo sempre presente  
para o paciente, apesar de com o tempo o hospital deixar  
de ser um ambiente tão estranho quanto no dia de sua interu  
nação. Em alguns casos, a pressa da alta até diminui um  
pouco:

"Antes não via a hora de ir embora. Agou  
ra já estou melhor e não estou mais com  
tanta pressa de ir embora. Esperei até  
agora, espero mais um pouco para me recuu  
perar bem". (Sandra)

Quando um paciente está certo que receberá alta  
num determinado dia e esta expectativa é frustrada, ele co  
stuma sentir-se chateado, desanimado e, às vezes, até revolu  
tado. Com o tempo, no entanto, a intensidade dessas emou  
ções tende a ir diminuindo:

"Marina não pode dar alta ontem, como imau  
ginava. Chorou, quando soube da notícia,  
mas agora está mais conformada. Ela di  
se: é melhor ficar bem boa do que voltar  
mais tarde de novo". (Nota de Observação).

Os pacientes que estão internados no mesmo quarto  
geralmente mantêm entre si um bom relacionamento de amiza  
de. Não esquecem de se despedirem uns dos outros, quando  
recebem alta. Quanto os pacientes de um quarto recebem al  
ta permanecendo apenas um, este tende sentir-se sozinho:

"Joana deu alta. Fiquei sozinha. Fiquei  
apavorada. Não gosto de ficar sozinha.  
(Fátima)



C) Discussão do Processo Espaço-Temporal e dos Problemas Vividos pelo Paciente Cirúrgico:

Há um grande vazio na literatura da enfermagem brasileira quanto a experiência vivida pelo paciente em casa, como também quanto o significado que a casa tem para ele. Não foi encontrado nenhum estudo voltado para as reações, percepções e problemas vivenciados em casa pelo paciente e sua família. Também não foi encontrado estudo que tratasse do significado e da importância da casa para o paciente. Nenhum estudo, por exemplo, verificou que tipo de sentimentos o paciente tem em relação à sua casa.

O ambiente hospitalar foi algo estranho e novo para os pacientes do presente estudo. TAKITO (1985:263-280 , 1984:125-134) realizou dois estudos neste sentido. Verificou como pacientes de ambos os sexos, internados em clínicas médica e cirúrgica percebiam o ambiente de sua unidade e o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. Aproximadamente a metade dos pacientes apresentaram alto grau de satisfação quanto à condição ambiental oferecida. Ela estudou especialmente aspectos como condições gerais, móveis e equipamentos, conforto térmico, iluminação, privacidade , silêncio e comunicação. Destes, o aspecto que teve o maior número de respostas favoráveis por parte do paciente foi o conforto térmico e o aspecto que teve o menor índice de respostas favoráveis foi o de móveis e equipamentos. As justificativas mais citadas para as respostas favoráveis, em ordem decrescente foram: companheirismo e ajuda pelo fato de compartilhar com outros pacientes, a qualidade da atenção

dispensada pela enfermagem, insolação proporcionada pela iluminação natural, frequência da limpeza e rapidez no atendimento, quando tocada a campainha. Por outro lado, as principais justificativas para as respostas desfavoráveis foram: gostariam de trazer objetos de comunicação e lazer para tornar a enfermaria mais agradável, dificuldades com rotinas de visitas, com o uso do telefone e falta de segurança com os móveis que estão a seu uso. No outro estudo realizado por Takito em 1981, mas publicado em 1984, os resultados não foram muito diferentes, mesmo que a amostra tenha sido de apenas 58 pacientes de ambos os sexos. Neste, mais de 80% dos pacientes, disseram apresentar um alto grau de satisfação para com o ambiente de sua unidade. Suas respostas também foram amplamente favoráveis. Aproximadamente 3/4 dos pacientes disseram que nada desagradava, enquanto poucos destes apontaram a alimentação como aspectos menos agradável. É interessante ainda notar que poucos pacientes perceberam todos os objetos ou móveis como sendo seus, metade dos homens e 1/5 das mulheres perceberam a cama como sua.

Mesmo que o presente estudo não tenha tido como alvo o ambiente físico do paciente, este é sem dúvida um aspecto que deve ser comentado ao discutir-se a vivência do paciente cirúrgico. Parece, com base nos dois estudos de Takito, que o problema do paciente em relação ao hospital, não diz respeito propriamente à condição ambiental que lhe é oferecido, mesmo que seja surpreendente o alto grau de satisfação. Vale aqui lembrar que o formulário de entrevista utilizado em ambos os casos era composto, em

sua maioria, por questões fechadas. Também devem ser consideradas aqui as condições sócio-econômicas do paciente. O grau de satisfação com as condições ambientais oferecidas no hospital varia de acordo com as condições ambientais de sua casa. A experiência também mostra que muitas vezes o paciente tem receio de dizer o que realmente pensa com medo de algum prejuízo na sua assistência. Mesmo, assim, como já foi dito, o problema do paciente em relação ao hospital não parece dizer respeito às condições ambientais que lhe são oferecidas, mas ao significado que o hospital tem para o paciente. Hospital, para os pacientes da presente amostra, traz consigo a idéia da necessidade de adaptação, a idéia de doença, de monotonia e de maior segurança quanto à saúde em caso de complicação. Parece que isto explica melhor o desagrado do paciente com a hospitalização em si.

Nenhum estudo foi encontrado que tivesse como objetivo identificar os eventos significativos da experiência do paciente cirúrgico ou os estágios que compõem o Processo Espaço-Temporal vivido por ele. Há, no entanto, estudos que mencionam alguns desses eventos como também a reação e os sentimentos que o paciente tem em relação a eles.

Tradicionalmente tem sido aceita a divisão do tempo em cinco períodos: o pré-operatório mediato, pré-operatório imediato, trans-operatório, pós-operatório imediato e pós-operatório mediato. Os livros não são muito claros quanto a delimitação destes períodos. BARBOSA, GINANI e SOUZA (1986:77 e 90) dizem que o pré-operatório imediato e o pós-operatório imediato são um período de controle que

vai da internação até a alta hospitalar. O pré-operatório imediato abrange um tempo de 24 a 48 horas antes da cirurgia. Quanto aos pós-operatório, eles o dividem em precoce e tardio. O precoce vai desde o término da operação até a plena recuperação da consciência. O pós-operatório tardio inicial abrange as primeiras 24 horas, caracterizando-se pela instabilidade nas funções. O pós-operatório tardio de convalescença precoce vai até a alta hospitalar. SMITH, GERMAIN e GIPS (1973:238-246) dividem esse tempo de forma um pouco diferente. Para elas, o pré-operatório imediato começa na tarde anterior à cirurgia, enquanto que o mediato pode começar várias semanas antes, desde que ele começa a fazer as provas e testes diagnósticos. O pós-operatório imediato abrange o tempo que o paciente permanece na sala de recuperação ou na unidade de cuidado intensivo. Elas dão a entender que este período transcorre em 24 horas.

SILVA e CEZARETI (1982:35-36), apesar de reconhecerem ser essa uma divisão flexível, entendem que o pré-operatório é um "período de tempo que decorre desde a internação do paciente até a véspera da cirurgia, ou seja, 24 horas antes da mesma". Pré-operatório imediato é o "período correspondente às 24 horas que antecedem o ato cirúrgico". Pós-operatório "é o período de tempo que decorre desde o término do ato cirúrgico até a alta hospitalar". O pós-operatório imediato "é o período que corresponde às 24 horas após o término da cirurgia. Pós-operatório mediato "é o período que segue às 24 horas após a cirurgia até a alta hospitalar". JOUCLAS (1977:12), no seu trabalho de dissertação, adota ainda outro esquema de divisão do tempo. Para ela

pré-operatório é o tempo que vai desde a admissão na unidade cirúrgica até sua remoção para sala de operação. Pré-Operatório imediato vai desde a tarde do dia anterior à cirurgia até ser removido para o centro cirúrgico". Como transoperatório ela considera o tempo que vai desde o recebimento no centro cirúrgico até ser encaminhado para sala de recuperação pós-anestésica. O pós-operatório vai desde o momento em que o paciente regressa ao seu leito de origem até o momento em que ele recebe a alta hospitalar. Outros livros didáticos, mesmo mencionando esses cinco períodos, não esclarecem sua delimitação. Preocupam-se mais com a assistência a ser prestada e com os possíveis problemas e desconfortos em cada período.

Comparando esses cinco períodos com os quatro estágios identificados neste estudo, percebe-se que tradicionalmente os períodos usam como referência dois aspectos: a assistência necessária e os possíveis problemas de saúde. Os quatro estágios, por sua vez, têm como referência os eventos significativos para o paciente e que caracterizam o processo espaço-temporal vivido por ele. A divisão tradicional do tempo está mais voltada para a perspectiva do profissional e para o problema de saúde do paciente. A divisão do tempo, conforme adotada neste estudo, está fundamentada na experiência global que é para o paciente o fato de ser operado.

Vários estudos foram realizados, com objetivo de conhecer as reações do paciente durante os terceiros e quarto estágios. Nenhum estudo, no entanto, foi encontrado que estivesse voltado para os dois primeiros. Nenhum deles ve

rificou, por exemplo, o que acontece com o paciente, quando ele recebe do médico a notícia de que terá que ser operado, quais seus sentimentos e que decisões precisam ser tomadas, ou mesmo quais os preparativos que o paciente faz antes de internar. Todos os estudos preocuparam-se com as percepções, sentimentos e problemas experimentados pelo paciente no hospital, desde o momento de sua internação até a alta hospitalar, dando especial ênfase ao terceiro estágio.

Um dos estudos que se preocupou com a reação de pacientes à internação foi realizado por GONÇALVES (1977: 72-75). Nele, a autora estudou a resposta emocional de 40 mulheres, por ocasião de sua internação hospitalar para realização de cirurgia ginecológica com data pré-fixada. Verificou que no momento da internação havia uma resposta emocional relacionada à postura, gesticulação, expressão facial, atenção, participação, expressão verbal, tranqüilidade, choro, risos, aceitação da internação e sinais vitais. Mesmo que ela não detalhasse cada um desses tipos de resposta emocional, quanto às suas características, verificou que, uma hora após a internação, a intensidade das respostas emocionais havia diminuído. A maioria dos pacientes chegou preocupada com a cirurgia. Uma hora após, a maioria já dizia estar "calma" ou "mais calma", mesmo que, quando não orientadas, ainda tivessem perguntas a fazer quanto ao tempo de internação, cirurgia e anestesia. Tais resultados confirmam os dados de base do presente estudo. Mesmo que os sujeitos tenham sido de ambos os sexos e pretendessem realizar diferentes tipos de cirurgias, per

cebesse que o momento da internação é especial, havendo tendência a aumentar o medo, a preocupação e o nervosismo. O comportamento do paciente tende a revelar sua tensão através de choro, riso, brincadeiras, silêncio ou atitudes mais agressivas.

Assim como os sujeitos da pesquisa de Gonçalves, os sujeitos da presente pesquisa, algum tempo após a internação diziam estar mais "calmos" ou "normalizados". Nota-se em ambos os estudos que há uma tendência de diminuir a intensidade da reação emocional, mesmo porque o paciente acostuma ou se adapta ao novo ambiente, à situação-hospital e ao fato de ter que ser operado. Ele tenta "guardar ou esconder o medo" já que não pode mudar a situação.

MORAES (1971:44-57) observou e interagiu com quatro crianças que foram internadas por um período aproximado de trinta horas, para realização de uma pequena cirurgia. A tensão inicial esteve presente em todas as quatro crianças. Moraes pôde identificar três sinais de provável presença de tensão: dificuldade em se relacionar, crise de choro e atividade motora exagerada ou rigidez. A tensão inicial, identificada por Moraes nas quatro crianças também foi encontrada nos adultos do presente estudo. Eles demonstraram alterações na sua maneira de ser, pois alguns choravam com maior facilidade, outros faziam brincadeiras ou riam mais, alguns ficavam calados e outros ainda andavam no corredor.

A necessidade de hospitalização faz com que o paciente se depare com diversos "eventos estressantes". FARIAS (1981:41-43) aplicando a Escala de Avaliação do Estresse de Hospitalização de VOLKER & BOHANNON à 265 pacien

tes adultos de um hospital geral de Florianópolis (SC), verificou que há certos eventos que causam alto nível de estresse ao paciente. Dentre eles, estão eventos que no presente estudo também foram identificados como geradores de medo, preocupação, nervosismo e agonia. Alguns exemplos: eventos ligados ao afastamento da família, ao fato de não lhe ser dito o diagnóstico, de não saber os resultados dos exames ou as razões de seu tratamento, de não saber com certeza a doença que tem, de pensar que pode ter câncer, de receber alimentação por sonda, de pensar que pode perder um rim ou outro órgão.

Todos estes eventos estressantes também foram identificados nos relatos e observações dos pacientes da amostra deste estudo. No entanto, o evento que foi identificado como o mais estressante, e por isso gerador de alto grau de sofrimento emocional, é a própria cirurgia. Aspectos ligados mais diretamente a esse evento específico não foram identificados no estudo de Farias como os mais estressantes. Crê-se que isto se deva especialmente ao fato de a escala ter sido aplicada tanto a pacientes de clínica médica quanto de clínica cirúrgica, diluindo assim a intensidade do estresse ligado mais especificamente a cirurgia. Outro fator, que, neste sentido deve ser considerado é o momento em que a escala foi aplicada aos pacientes cirúrgicos. Crê-se que a identificação de altos níveis de estresse relativo à cirurgia seria mais nitidamente perceptível se a escala fosse aplicada antes da cirurgia.

No tempo que antecede a realização da cirurgia são comuns certas dificuldades. SILVA e CEZARETI (1982:36-41)



identificam quinze necessidades básicas, geralmente afetadas no pré-operatório mediato, e suas causas de desequilíbrio: a necessidade de segurança emocional que tem como causa o medo; a necessidade de ambiente, espaço e segurança física que tem como causa o fato do ambiente hospitalar ser impessoal, diferente de sua casa; a necessidade de amor e gregarismo que tem como causa a separação de familiares e de seu grupo social, além do convívio forçado com pessoas até então estranhas; a necessidade de comunicação que tem como causa a dificuldade de expressão com os membros da equipe de saúde, a distância hierárquica, a insegurança no ambiente hospitalar e a não aceitação do tratamento cirúrgico; a necessidade de educação à saúde tem como causa o desconhecimento sobre o diagnóstico cirúrgico, sobre o tratamento, sobre a assistência no pré e pós-operatório e a participação no tratamento; a necessidade terapêutica por estar vivendo uma situação que exige o uso de medicamentos; a necessidade de nutrição que pode ter como causa a desnutrição, a obesidade, a dieta ou o regime alimentar, o fato de ter outras vias de ingestão de alimentos ou a alimentação fornecida pelo hospital; a necessidade de hidratação que pode estar relacionada com a ingestão insuficiente de líquidos, a perda de líquidos, sudorese, diarreia e vômitos; a necessidade de eliminação urinária e intestinal que pode ter como causa a mudança nos hábitos alimentares e ambientais, a restrição ao leito, a presença de sonda e a presença de ostomia; a necessidade de higiene pessoal que pode ter como causa a presença de sujidades na pele e couro cabeludo, a presença de foco infeccioso e a

restrição ao leito; a necessidade de regulação térmica que tem como causa as alterações da temperatura corporal; a necessidade de regulação vascular que tem como causas as alterações do pulso e da pressão arterial; a necessidade de oxigenação que tem como causa as alterações da respiração; a necessidade de recreação e lazer que tem como causa a mudança de ambiente, a ausência de recursos recreativos no ambiente hospitalar e a inatividade consequente ao problema de saúde e por último a necessidade religiosa, que está relacionada com a falta de assistência espiritual, o medo de manifestar crença religiosa e o fator doença.

No presente estudo, as dificuldades identificadas no período de tempo que corresponde ao pré-operatório mediato estão mais relacionadas aos aspectos psicológicos, sociais e religiosos ou espirituais da vida do paciente. As dificuldades fisícas foram menos expressivas, talvez pelo fato de todos os pacientes estarem submetendo-se à cirurgias de pequeno ou médio porte.

O tempo em que o paciente está no centro cirúrgico é sem dúvida especial para ele. É como que a etapa de transição do terceiro para o quarto estágio do processo vivido por ele. RODRIGUES (1984:163-176) e MENEZES (1978:62) já estudaram esse assunto. Elas se preocuparam mais de perto com os problemas observados, sentidos e percebidos por eles no centro cirúrgico. RODRIGUES (1984:174), entrevisando 362 pacientes de ambos os sexos, de três hospitais de Londrina, e que receberam anestesia raquidiana ou peridural lombar, verificou que no trans-operatório os problemas mais citados foram: o desconforto físico, o medo da morte,

o medo da anestesia e a desatenção dos elementos da equipe cirúrgica. MENEZES (1978:62), entrevistando 256 pacientes de um hospital geral de ensino de São Paulo encontrou resultados semelhantes. Os principais problemas sentidos pelos pacientes foram o medo do desconhecido, o medo da anestesia, medo da cirurgia e medo da morte. Os resultados de ambas as pesquisas confirmam mais uma vez os dados de base deste estudo. Pode-se dizer que o tempo passado no Centro Cirúrgico é bastante difícil para os pacientes em geral, pois o seu controle sobre a situação é mínimo. Os dados nos mostram que o Centro Cirúrgico é para eles algo desconhecido. O medo, a sensação de estar arriscando a vida, a vontade de fugir, o nervosismo e a agonia são sentimentos muito presentes nesta ocasião. Alguns pacientes falam também do desconforto físico sentido. Nessa ocasião, os pacientes costumam entregar-se às mãos de Deus e às dos médicos. Eles rezam e se lembram muito de Deus.

O medo, de forma geral, ou mais especificamente, o medo de que a operação não dê certo, medo do desconhecido e o medo de morrer, parece ser um sentimento bastante comum. Todas as pesquisas acima fizeram referência a ele. Mesmo TRENTINI (1980:78) estudando hemodiálise prolongada e PAGLIUCA (1980:57), estudando os problemas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na UTI, encontraram o medo como sendo um dos problemas dos pacientes de sua amostra. Ele esteve presente com especial frequência no estudo de Trentini.

Para alguns dos pacientes da presente amostra, o tempo de espera para cirurgia foi prolongado ou a cirurgia

foi suspensa. Esta ocorrência tendeu a aumentar o sofrimento emocional do paciente. VIEIRA (1982:102), estudando as causas e conseqüências da suspensão da cirurgia em quatro hospitais de uma cidade do Nordeste, verificou que os problemas físicos e psicológicos se mostravam mais frequentes e intensos na medida em que o número de suspensões se sucediam com o mesmo paciente. No presente estudo, não houve a oportunidade de acompanhar sucessivas suspensões da cirurgia de um mesmo paciente, mas mesmo assim ficou claro que mesmo uma única suspensão ou mesmo o atraso na hora prevista para cirurgia tendia a aumentar o sofrimento emocional. YOKOTA (1983:86), estudando a problemática do cancelamento da cirurgia em um hospital de Londrina (PR), também verificou que a maioria dos pacientes expressavam sentimentos negativos com relação ao cancelamento da cirurgia. Apenas dois pacientes da presente amostra disseram não ter tido um aumento no sofrimento emocional. Um apresentou como justificativa sua confiança em Deus. O outro disse ter estado muito "nervoso" até o momento em que lhe foi comunicado que a cirurgia não seria mais realizada. Neste momento experimentou o alívio.

Quanto às causas de suspensão da cirurgia, VIEIRA (1982:102) identificou como principais aquelas relativas à equipe médica (faltas e atrasos), falta de sangue, quadro clínico incompatível com a cirurgia e falhas no pré-operatório (principalmente quanto aos exames). No caso presente, pode-se identificar como causas de alteração no horário da cirurgia ou como causa de seu cancelamento, as relacionadas a atraso da equipe médica, a incompatibilidade do quadro clínico do paciente com a cirurgia e à falta

de condições de uso imediato da sala de cirurgia (ocorrência de cirurgia de urgência e a necessidade de terminar os preparativos para o uso da sala). Completando, verificou-se que há uma certa relação entre a causa da alteração no cronograma cirúrgico e a reação do paciente. O atraso do médico, por exemplo, tende a levar a um maior nervosismo que, por exemplo, a necessidade de utilizar a sala de cirurgia para uma cesariana. YOKOTA (1983:86) também verificou esta relação. Ele identificou uma correlação de associação entre a causa do cancelamento da cirurgia e os sentimentos expressos pelos pacientes. Apesar da coincidência dos resultados, vale aqui lembrar que não foi objetivo central do presente estudo verificar a questão da alteração no cronograma ou horário da cirurgia. Foi apenas uma questão que apareceu no transcorrer da coleta dos dados. É conveniente lembrar também, que o paciente não foi acompanhado ao Centro Cirúrgico e que os dados referentes ao período passado lá, têm por base suas próprias lembranças.

São várias as dificuldades ou problemas com os quais o paciente se depara no transcorrer do seu período de hospitalização. KAMIYAMA (1972) estudou a percepção do doente hospitalizado quanto à prioridade dos seus problemas. Ela entrevistou, com um formulário com respostas abertas, 113 pacientes internados em clínicas médicas e cirúrgicas. Verificou que, de acordo com a percepção do paciente cirúrgico, os três problemas prioritários são: o medo do desconhecido, a família e a interrupção da atividade ocupacional. É interessante notar que as mulheres reconhecem como mais prioritárias as questões relativas à família,

ao lado das quais estão as questões relacionadas ao medo do desconhecido. Já para os homens são prioritárias as questões relacionadas com o medo do desconhecido e a interrupção da atividade ocupacional. Paralelamente, KAMIYAMA (1972:72) também notou em todos os entrevistados a necessidade de uma assistência que proporcionasse segurança e a expressão de sua individualidade.

Para KAMIYAMA (1972:77), 86, 89), o medo ao desconhecido envolve questões como o desconhecimento da doença, o exame, o tratamento, o medo da operação, o desconhecimento dos cuidados de enfermagem que recebe, da operação e da data de sua realização, o desconhecimento da medicação prescrita e a que recebe, o desconhecimento do sistema de vida após a alta, dos cuidados do pós-operatório, das razões da suspensão da operação, do estado geral por ausência de respostas às perguntas feitas sobre os sinais vitais e sobre o estado geral. Tudo isso gera medo e insegurança, por ser algo indefinível, imprevisível e incontrolável. Já a família, para ela, envolve questões como a preocupação com os filhos e saúdes, ser motivo de preocupação para a família, preocupação relativa à atividade no lar e à sua administração e infidelidade conjugal. O problema "atividade ocupacional", por sua vez, envolve questões como insegurança econômica por interrupção da atividade ocupacional.

Todos estes resultados confirmam com grande clareza os dados de base do presente estudo, que também mostram como prioritárias tais preocupações e/ou problemas vivenciados pelos pacientes cirúrgicos. O medo do desconhecido, o desconhecimento em si, o afastamento da família e a interrupção da atividade ocupacional estão nitidamente pre

sententes nos relatos dos pacientes da amostra.

Outro estudo, realizado por KAMIYAMA e NAKAZAWA (1975:354-359) também confirma tais resultados. Estas duas enfermeiras entrevistaram 40 pacientes de clínicas médico-cirúrgicas de um hospital particular de São Paulo, para verificar quais eram os problemas sentidos. Esses pacientes também apontaram como prioritários os mesmos três problemas.

HORIUCHI (1982) estudou os problemas bio-psico-espirituais mais sentidos pelos pacientes submetidos a procedimentos diagnósticos. Ela entrevistou 60 pacientes submetidos a endoscopia, punção e biópsia no departamento de medicina e cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de um estado do Sudeste do Brasil. Verificou que os problemas mais sentidos foram os da área psico-espiritual, com especial destaque para o nervosismo, ansiedade e medo. Quanto aos problemas biológicos, os mais citados foram a dor leve ou moderada, náuseas e insônia. A oração antes do exame foi relatada por metade dos entrevistados. Quanto às sensações após o exame, as respostas mais comuns foram: alívio e tranquilidade. Mesmo que o objetivo desse estudo tenha sido outro, pode-se notar que os pacientes que se submeteram a certos procedimentos diagnósticos passam por situações que se assemelham em alguns pontos à experiência do paciente cirúrgico. O paciente cirúrgico também fala em nervosismo, ansiedade e medo. Na área considerada por HORIUCHI como biológica, percebe-se que o paciente cirúrgico também experimenta com muita frequência manifestações como dor, náuseas e insônia. Após a cirurgia também era bastante co

mas que os pacientes se referissem à sensação de alívio e a uma maior tranquilidade.

Até esse momento ainda não foi discutida a participação da família na experiência do paciente cirúrgico. Mesmo não tendo sido este o alvo central do estudo, é importante, com base no estudo de ORO (1979) e dos artigos de TESCK (1975:351-353) e NOGUEIRA (1977:327-346), fazer alguns comentários a respeito. Para NOGUEIRA (1977:327) a família é o grupo social mais importante. TESCK (1975:253) diz que o adulto enfermo tem propensão a aumentar seu nível de dependência e de apego aos familiares, mesmo que na sua opinião haja pacientes que desejam ficar sozinhos no hospital. ORO (1979:68), no mesmo estudo citado anteriormente, verificou que há uma relação direta entre os problemas percebidos pelos pacientes e o nível de problemas percebidos por sua família ou pelos íntimos. A família é também o primeiro elemento de apoio para o paciente, segundo a opinião dele próprio. Mas, a família, assim como o paciente também precisa de apoio e ela tende a buscá-lo, preferencialmente, no pessoal da equipe hospitalar, em parentes, em amigos e em Deus. Para ORO (1979:2), as pessoas são "interdependentes, quando um membro da família adoecer, todos os outros ficam em tensão. A doença é uma ameaça à integridade da família e aos sentimentos de invulnerabilidade e de segurança". Isto vem confirmar os achados do presente estudo, com relação à família. Para a família também a experiência não é fácil; ela a vive junto com o paciente, mesmo quando não lhe é permitido permanecer no hospital fora do horário de visita. A família foi um grande apoio pa



ra o paciente e a enfermagem nem sempre considerou isto ao se relacionar com ela.

A experiência de ser um paciente cirúrgico não é igual para todos. Ela varia de acordo com vários fatos. CHEZZ (1983:27-33) concorda com isso, pois afirma que a aceitação da doença por parte do paciente varia de acordo com sua percepção da doença, a idade, os valores internos, a atitude interna do paciente frente à vida, e o limiar da dor, entre outros. GONÇALVES (1976:33) também reconhece que há diferenças individuais como idade, sexo, posição sócio-econômica e número de vezes com que ficou doente, que influíram na maneira como cada pessoa expressou sua insegurança emocional. Na sua opinião a atitude de outras pessoas e a aceitação social da doença também influíram. No presente estudo, também foram identificados fatores que afetam a forma como a experiência é vivida pelo paciente. São fatores relacionados às características pessoais do paciente e da situação, que envolvem aspectos também mencionados por CHEZZ e GONÇALVES. Entre eles estão: a história da saúde do paciente, sua experiência anterior, sua situação sócio-econômica, idade, temperamento, hábitos comportamentais, tipo de doença, cirurgia, anestesia, tratamento, características da equipe de saúde, instituição, internação e intercorrências.

Vários estudos aqui citados (RÓDRIGUES, 1984:163-176; MENEZES, 1978:62; KAMIYAMA, 1972:77, 86, 89; KAMIYAMA e NAKAZAWA, 1975:354-359 e HORIUUCHI, 1982) trataram dos problemas sentidos pelos pacientes cirúrgicos. Não é possível, no entanto, uma comparação direta entre os problemas

identificados nesses estudos e os cinco problemas mais significativos para o paciente cirúrgico identificado no presente estudo. Nos estudos citados, a palavra "problemas" se refere às dificuldades sentidas à nível emocional, físico ou social, como o medo, a dor ou o afastamento da família. Eles se referem à identificação das vivências mais difíceis para o paciente na experiência de doença, hospitalização e cirurgia. No presente estudo, a palavra "problema" se refere a alguma questão difícil, não resolvida, que é objeto de discussão; envolve dúvida ou hesitação, a possibilidade de mais de uma opção e de conflito afetivo ou emocional. Está relacionado com o processo vivido pelo paciente cirúrgico e com a tomada de decisão. Na bibliografia consultada não foi encontrado nenhum estudo que tratasse dessas questões difíceis, que envolvem a possibilidade de mais de uma opção e conflito.

A equipe de enfermagem com maior ou menor participação, acompanhou o paciente durante todo o seu período de hospitalização. No presente estudo verificou-se que o paciente tem uma expectativa quanto à atuação da enfermagem, o que é confirmado pelos resultados de outros estudos. PANZA (1977:61) verificou isso, ao estudar o efeito da visita pré-operatória da enfermeira do Centro Cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório. Sua amostra consistiu de 36 pacientes, que se submeteram à cirurgia ginecológica com via de acesso infra-umbelical ou vaginal, internadas no Hospital das Clínicas de São Paulo. Ela identificou que na expectativa do paciente em relação ao papel da enfermagem, há uma significativa predominância de aspectos

relativos à área básica ou expressiva como, por exemplo, o tratamento com delicadeza, a observação, atendimento das solicitações, carinho e amor, entre outros. Apenas poucas das expectativas estavam relacionadas à área instrumental, como administração de medicação na hora certa, administração de medicação para dor, administração de medicação para dormir e administração correta de medicamentos.

Outros estudos também obtiveram resultados semelhantes. MENEZES (1978:62), no estudo anteriormente citado, verificou que a expectativa do paciente para com o enfermeiro no trans-operatório é dialogar, ser observado e receber bons cuidados. Neste estudo, também a grande parte das expectativas dos pacientes relacionam-se à área básica. As necessidades mais sentidas no trans-operatório são de atenção e conforto psico-espiritual.

YOKOTA (1985:86) também encontrou resultados semelhantes: a grande maioria das expectativas dos pacientes cirúrgicos se enquadravam na área expressiva ou básica, sendo o apoio emocional, orientação sobre a cirurgia e/ou anestesia e diálogo as referidas com maior frequência. Mais da metade dos pacientes cirúrgicos sentiram-se insatisfeitos com o desempenho do enfermeiro no pré-operatório. As principais razões apontadas pelo paciente para tal fato foram: não conhecer o enfermeiro, raramente o enfermeiro propiciar cuidados que contribuem para a segurança emocional e também o fato de o enfermeiro não atuar de maneira efetiva no sentido de atender as necessidades expressas no pré-operatório pelo paciente. Além disso, YOKOTA (1983:87) também verificou que o enfermeiro não é atuante quanto a prover o paciente de explicações sobre o cancelamento da

cirurgia. Quando as explicações ocorrem, são incompletas e feitas de maneira assistemática, deixando os pacientes muito preocupados com a situação futura. KAMIYAMA, nos dois estudos que realizou (KAMIYAMA, 1972:103 e KAMIYAMA e NAKAZAWA, 1975:357), também encontrou resultados semelhantes. No primeiro estudo, verificou que as expectativas prioritárias dos pacientes são relativas ao medo do desconhecido, a sintomatologia clínica e ao estado geral; bem como relativas à alimentação. No segundo estudo, identificou como principais expectativas a atenção e delicadeza, o atendimento rápido, a observação constante do paciente, a identificação das necessidades e o seu atendimento. Os resultados de todos esses estudos vão ao encontro dos do presente estudo. Para os pacientes da amostra, a expectativa básica com relação à enfermagem era "se dar bem" e "ser bem atendido" - ser atendido logo, receber atenção, conversar, ser calmo, ser simpático, ser delicado, transmitir amor e carinho entre outros. Com bem menos frequência eram citadas expectativas relacionadas aos cuidados e habilidades técnicas, como assepsia e forma de puncionar veia.

Depois de discutir o processo e os problemas vividos pelo paciente cirúrgico e o papel da equipe de enfermagem, são válidos alguns questionamentos quanto ao papel da equipe de enfermagem. Até que ponto o processo de enfermagem tem sido, centrado no paciente cirúrgico de acordo com a visão que ele tem de sua própria experiência, considerando os eventos e problemas significativos para ele? Como o enfermeiro poderia atuar junto ao paciente cirúrgico, quando ele ainda está em casa? Porque, mesmo sabendo o enfer

meio da importância que tem para o paciente a área básica e expressiva, ele continua centrado na área instrumental? Qual a responsabilidade da enfermagem para com a família do paciente?

### 3.2 - Identificação e Discussão das Categorias:

As categorias aqui identificadas e discutidas são os componentes da teoria substantiva em construção. Cada uma foi formada a partir de um grupo de vivências semelhantes, experimentadas pelo paciente no decorrer do processo espaço-temporal. Ao todo, foram identificadas nove categorias, que são apresentadas considerando-se: as vivências particulares que as expressam nos diferentes momentos da experiência, as diferentes sub-categorias que as compoem e a ocorrência de cada sub-categoria no processo espaço-temporal. Além disso, o conteúdo de cada categoria foi analisado com o resultado das pesquisas, opinião ou comentários de autores incluídos na revisão da literatura.

#### A) "Tendo Perturbações Físicas":

A experiência de ser um paciente cirúrgico traz consigo a vivência de manifestações físicas ou mudanças corporais, percebidas pelo próprio paciente. Essas manifestações ou mudanças corporais, que desencadeiam o processo espaço-temporal vivenciado pelo paciente (diagrama nº 6), estão presentes e acompanham toda a sua experiência. Em casa, no primeiro estágio (diagrama nº 7), fica claro ao pacien

MUDANÇA DE AMBIENTE

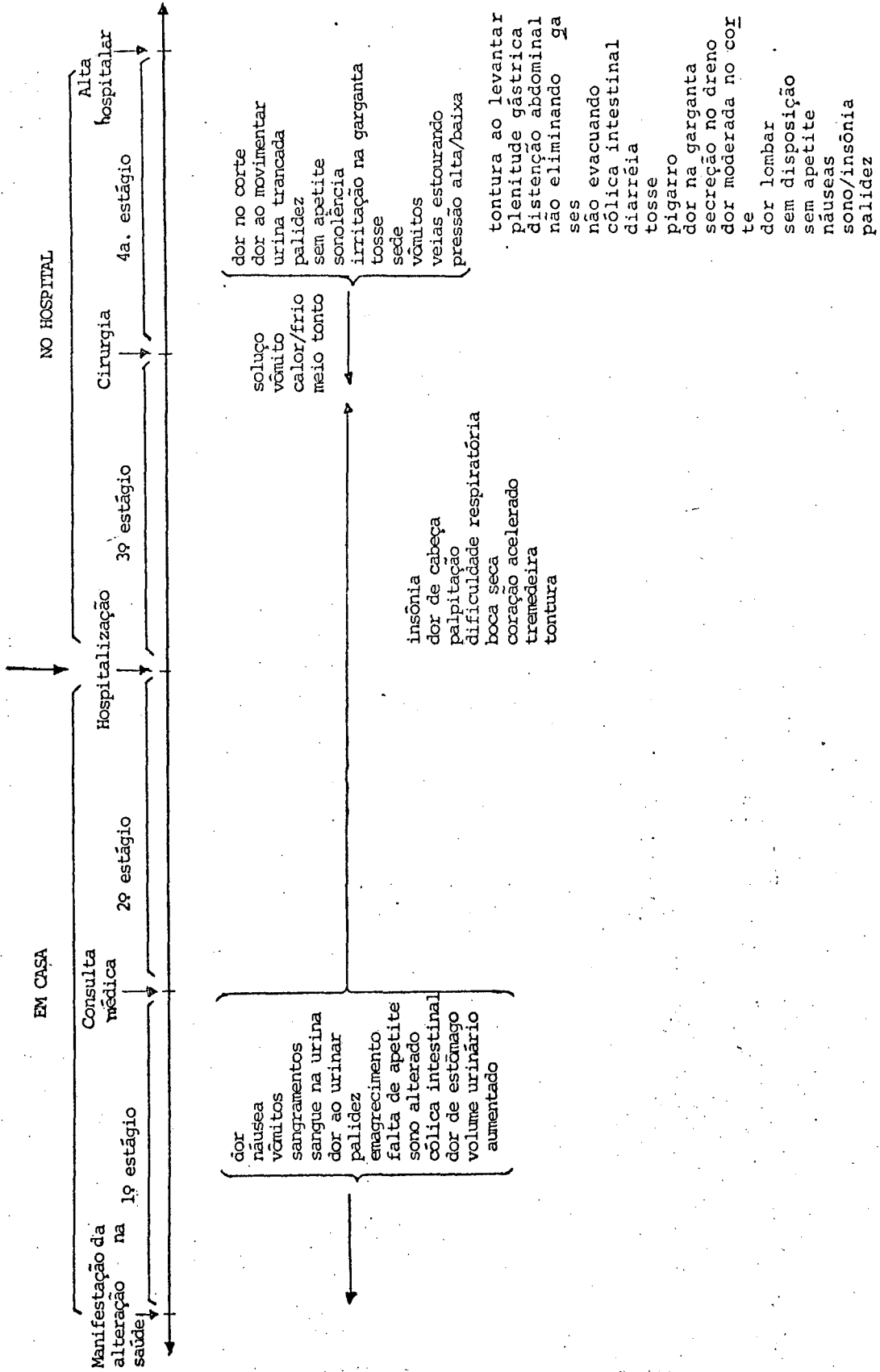


Diagrama nº 7: Manifestações físicas e mudanças corporais percebidas pelo Paciente Cirúrgico.

te que algo mudou no seu físico, no seu corpo. É quando tem início todo o processo vivido por ele:

"Estava na menopausa e comecei com hemorgia". (Marina)

"Eu sentia dor no estômago e um incômodo constante, por isso procurei o médico".  
(Lauro)

As mudanças e manifestações percebidas pelos pacientes, em casa, antes de ir ao médico, tendem a se prolongar até a realização da cirurgia. Com a internação e a proximidade crescente da cirurgia podem, no entanto, surgir outras manifestações, como a insônia, dor de cabeça e palpitações (diagrama nº 7). Em alguns casos, quando é aplicado algum tipo de tratamento, as manifestações ou mudanças corporais podem regredir:

"Estava com meu coração acelerado ... e dor de cabeça forte. Mas era tudo nervoso". (Fátima)

No Centro Cirúrgico, durante a realização da anestesia, e mesmo durante o ato cirúrgico, o paciente pode referir queixas como "soluço", "vômitos", "calor e frio" e "meio tonto" (diagrama nº 7):

"Vomitei no Centro Cirúrgico. Tinha a sensação de muita água no meu rosto".  
(Tânia)

No quarto estágio do processo, após a cirurgia, nota-se que as manifestações ou mudanças corporais que ocorrem após a cirurgia, são diferentes das que costumam ocorrer nos dias subsequentes. Na primeira noite e no primeiro dia após a cirurgia, são comuns manifestações como:  
(diagrama nº 7)

"... quando voltei (do Centro Cirúrgico) foi horrível. Senti dor na bexiga, tosse e não conseguia urinar". (Marisa)

"Passei muito mal de noite. A cama rodava. Estava agoniada com a sonda. Ela incomodava. Também estava com dor nas costas". (Sandra)

Nos dias subseqüentes à cirurgia, quando já se aproxima o dia da alta hospitalar, são mais comuns manifestações do tipo: (diagrama nº 7)

"Refere discreta dor na incisão ...".  
(Anotação de Enfermagem - Sandra)

Para o paciente cirúrgico, a percepção de manifestações físicas ou de mudanças corporais estão intimamente relacionadas com sua intensidade. Para ele, a intensidade é definida de acordo com pelo menos três critérios: o risco de vida ou ameaça à integridade corporal percebidas, a alteração imposta na rotina de vida e o desconforto presente. Para ele, uma manifestação física, que apresenta maior grau de desconforto, maior risco de vida e alteração na rotina de vida é mais grave ou pior que outra, em que esses critérios estão presentes em menor grau.

Quando as manifestações físicas não chegam a perturbar significativamente a rotina de vida, não são percebidas pelo paciente como risco ou ameaça à sua integridade física ou à sua vida, elas são consideradas como uma "alteração". Nesse caso o desconforto envolvido geralmente é pequeno, pois se refere mais à mudança num determinado padrão (quadro nº 5):

"Eu não dormia mais e perdi o apetite" .  
(Maria)  
"... até emagreci um pouco". (Pedro)  
"Tenho a urina solta". (Marli)

As manifestações físicas passam a ser consideradas um "incômodo", quando envolvem um maior desconforto, po



dendo indicar para o paciente uma certa mudança na rotina de vida e ameaça à sua integridade física (quadro nº 5):

"Tinha a urina solta e ultimamente soltou mesmo, aí procurei o médico". (Marli)  
 "Antes da operação, estava com dor de estômago e um incômodo constante". (Lauro)

Quando, na opinião do próprio paciente, as manifestações físicas envolvem um maior risco à sua integridade física e ameaça à sua vida, elas são percebidas como "problema", o que geralmente está associado a uma maior perturbação na rotina de vida e a um maior desconforto físico (quadro nº 5):

"Inflamaram dois pontos da operação. Vou ter que ficar mais um tempo no hospital". (Marisa)  
 "A pressão baixou muito depois da operação. As veias estavam estourando". (Sandra)

Quadro nº 5: Manifestações físicas ou mudanças corporais percebidas pelo paciente como "Alterações", "Incômodos" e "Problemas"

- ... eu perdi o apetite .....	} "Alteração"
- eu estava com um pouco de dor nas costas .....	
- o paciente refere dor discreta na incisão .....	
- a hérnia apareceu há uns 7 ou 8 meses mas no início não doia .....	
- ... eu até emagreci um pouco .....	
- tinha a urina um pouco solta .....	
- eu sentia dor no estômago .....	} "Incômodo"
- eu vomitei no Centro Cirúrgico .....	
- eu senti dor na bexiga, tosse e não conseguí urinar .....	
- ultimamente a urina soltou mesmo .....	
- a sonda incomodou bastante, sentia um queimor na garganta .....	
- eu estava na menopausa e comecei com hemorragia..	
- a pressão chegou a zero .....	
- dois pontos da operação inflamaram .....	
- no ano passado tive cólica renal .....	
- eu senti muita dor logo depois da operação .....	
- eu estava com dor forte na cabeça .....	
- eu não dormia mais .....	

Estes três níveis de intensidade estão bastante interligados, nem sempre existe uma linha divisória nítida. Uma mesma manifestação, numa situação, pode ser percebida pelo paciente como "alteração" e noutra situação, como "problema". Ou ainda, uma mesma manifestação numa mesma situação pode ser percebida diferentemente por diferentes pacientes:

"A sonda incomodou bastante; sentia queimar a garganta". (José)

"Estava agoniada com a sonda. Quase a tirei sozinha". (Sandra)

"A sonda atrapalha, fica trancando a garganta desde o nariz até o estômago". (Lauro).

Na convivência com o paciente cirúrgico, percebe-se também que na sua opinião, uma "alteração" pode se transformar em "incômodo" e este em "problema":

"A hérnia surgiu há uns 7 ou 8 meses, mas agora a hérnia está doendo, por isso procurei o médico". (Luiz)

Nem sempre, no entanto, é necessário que seja assim. Um sangramento intenso e repentino após a cirurgia é um tipo de "problema" que geralmente não se manifesta anteriormente na forma de alteração ou incômodo. Ela já surge na forma de "problema".

A intensidade das manifestações físicas e das mudanças corporais é variável no tempo. As "alterações", os "incômodos" e os "problemas" podem ocorrer durante todo o processo vivido pelo paciente cirúrgico, mas cada um deles tenderá a ocorrer preferencialmente num determinado momento do processo. As "alterações" podem estar presentes durante todo o processo, mas tenderão ser mais frequentes antes da cirurgia, e próximo à alta hospitalar. Da mesma forma,

os "incômodos" estão mais evidentes após a cirurgia, prolongando-se possivelmente até a alta. Os "problemas", por sua vez, ocorrem mais frequentemente logo após a cirurgia, durante curto espaço de tempo (diagrama nº 8).

A percepção do paciente, quanto à intensidade de uma manifestação física, nem sempre coincide com a opinião do profissional quanto à importância desta manifestação. A falta de apetite, por exemplo, pode ser encarada pelo paciente como "alteração", pois, para ele, envolve pouco risco ou ameaça à vida ou integridade física, altera pouco sua rotina de vida e provoca pouco desconforto. Para o pessoal de enfermagem, a falta de apetite muitas vezes já é encarada como "problema". A equipe de enfermagem tende, na avaliação das manifestações físicas e mudanças corporais, priorizar o risco à vida ou ameaça à integridade física, em detrimento à mudança provocada na rotina de vida e do grau de desconforto sentido:

"O pessoal de enfermagem forçou o paciente a sair da cama apesar da dor, pois vê o risco de complicações pulmonares". (Nota de Observação)

Percebe-se no paciente cirúrgico que as manifestações físicas e as mudanças corporais podem estar relacionadas a diferentes fatores. Foram identificadas pelo menos quatro: a doença, a cirurgia, o sofrimento emocional e o ambiente. Uma "alteração", por exemplo, pode tanto estar relacionada com a doença, quanto com a cirurgia, com o sofrimento emocional e, eventualmente, até com o ambiente. O mesmo pode ser dito com relação aos "incômodos" e "problemas".

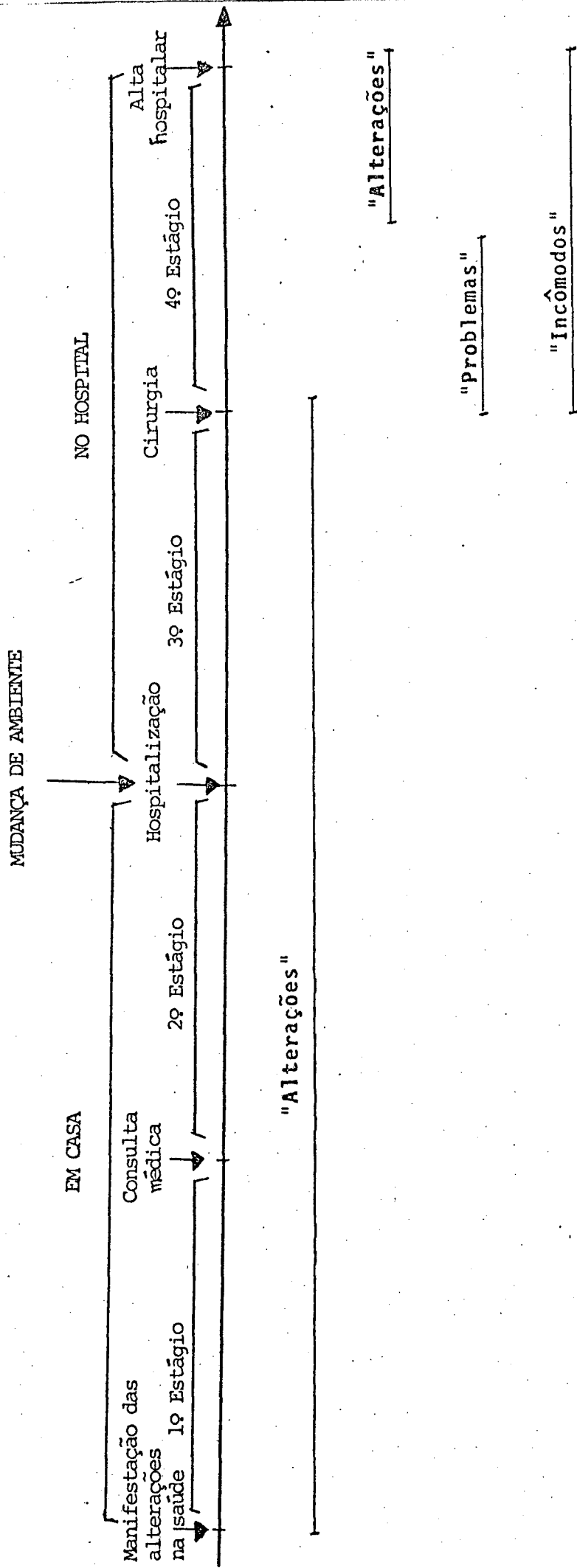


Diagrama nº 8: As "alterações", os "incômodos" e os "problemas" e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo Paciente cirúrgico.

Uma manifestação ou mudança corporal está relacionada com a doença quando é percebida pelo paciente como consequência da doença. Nem sempre o paciente faz afirmações diretas neste sentido. Sua opinião, no entanto, transparece em frases do tipo:

"Já no ano passado tive cólica renal, eu estava com uma pedra no rim". (Marisa)

A relação da mudança corporal com a cirurgia, também ocorre quando o paciente a percebe como consequência da cirurgia. Aqui estão especialmente incluídas as manifestações que se evidenciam no local da cirurgia, como por exemplo, a dor e os sangramentos:

"Senti muita dor, logo depois da operação". (Marina)

"A operação é horrível, ainda sinto dor agora, incomoda, arde". (Ana)

O paciente também identifica outra causa, o sofrimento emocional. Na sua opinião este também pode provocar manifestação ou mudanças corporais:

"Estava com dor de cabeça forte, mas era tudo nervoso". (Fátima)

"Estava preocupada. Perdi o apetite". (Maria)

Por último, a manifestação física ou mudança corporal também pode estar relacionada com o ambiente. Aqui estão incluídas todas aquelas causas ambientais, como condição de limpeza do ambiente e higiene da equipe que lhe dá assistência e que podem ser causa de contaminação e infecção. A relação do ambiente com as manifestações físicas não é algo tão evidente para o paciente, mas sim para a equipe de enfermagem:

"A urina trancou. Eu não senti dor mas tive medo de que colocassem sonda. As outras vezes que colocaram sonda em mim sempre tive infecção ... . Prefiro apartamento porque acho mais higiênico ...".  
(Tânia)

"Os pacientes, cujas feridas operatórias estavam infeccionadas a ponto de colocarem em risco os pacientes da enfermaria eram isolados ...". (Nota de Observação)

Os quatro fatores que estão relacionados com a origem das manifestações físicas também estão vinculados ao processo vivido pelo paciente cirúrgico. Alguns deles são mais comuns antes da cirurgia e outras após (diagrama nº 9). As manifestações físicas ou mudanças corporais, relacionadas com a doença tendem a ser mais comuns em casa, especialmente no primeiro estágio, antes da consulta médica, pois, após a consulta, a ação terapêutica do médico pode diminuí-las ou até eliminá-las temporariamente. A relação com o sofrimento emocional também é bem mais freqüente e evidente antes da realização da cirurgia (diagrama nº 9). Após a cirurgia, por sua vez, já são bem mais comuns as manifestações ou mudanças corporais relacionadas com a ciurgia e com o ambiente (diagrama nº 9). Essa, no entanto, é apenas uma tendência da relação da manifestação física com possíveis causas e o processo vivido pelo paciente ciurgico. Nem sempre é necessário que a distribuição dos quatro fatores no tempo seja desta forma, podem haver variações, de acordo com as características do paciente e com a situação.

As manifestações físicas apresentadas pelo paciente cirúrgico podem se evidenciar em diferentes locais, aparelhos ou sistemas do seu corpo. Podem ser no local da ci

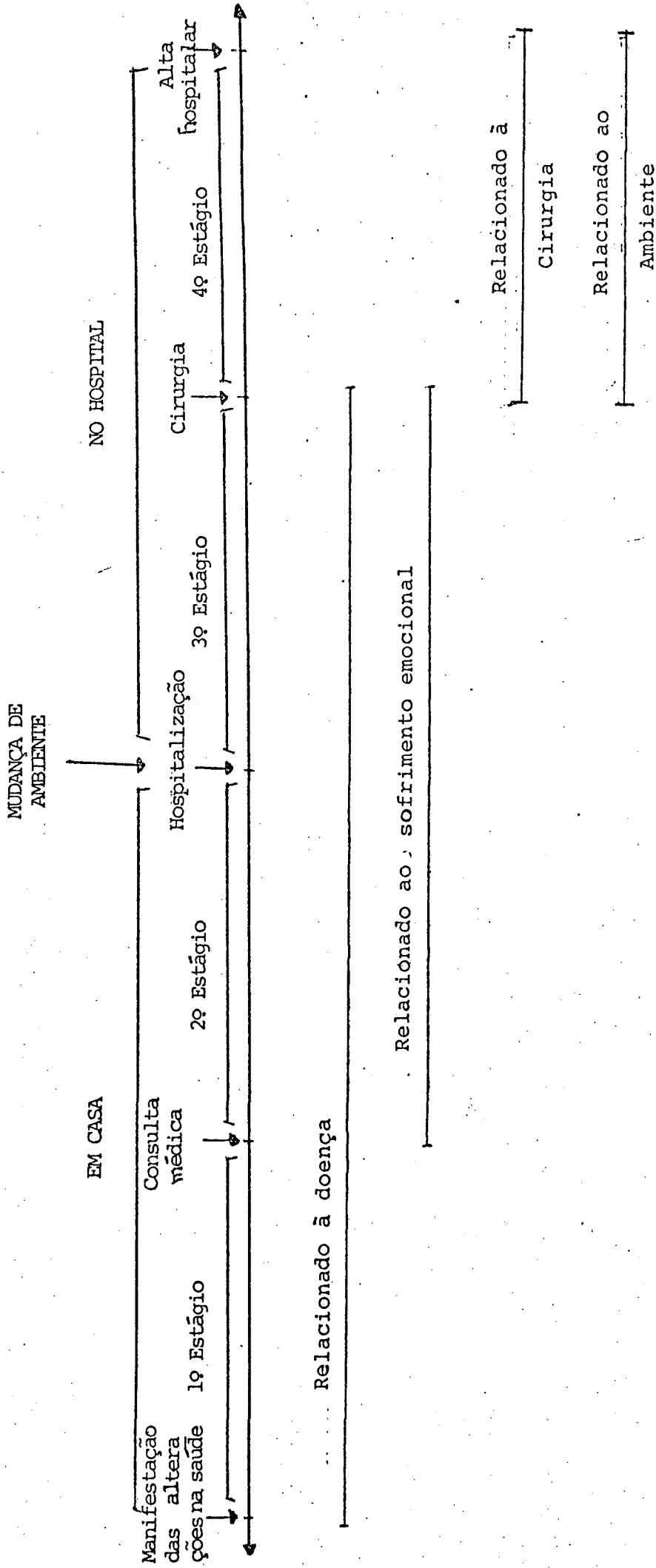


Diagrama nº 9: Fatores relacionados à origem das manifestações físicas e o processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

rurgia, ou, por exemplo, no aparelho respiratório:

"Tosse com pouca expectoração". (Anotação de Enfermagem - Fátima)

"Dor discreta na incisão, dor lombar e insônia". (Anotação de Enfermagem - Marisa)

Elas também podem ser mais generalizadas, como as manifestações referentes ao apetite, estado geral e peso:

"Passei muito mal à noite ... . A pressão chegou a zero ...". (Sandra)

"Perdi o apetite e não dormia mais, quando soube que teria que operar". (Maria)

A classificação das manifestações físicas, de acordo com o local de sua ocorrência, é bastante valorizada pela equipe de enfermagem, embora não o seja pelo paciente. É mais importante para o paciente a definição da intensidade das manifestações que a sua localização.

Depois de apresentadas e comentadas todas estas evidências, pode-se afirmar que uma das vivências que caracterizam o processo vivido pelo paciente cirúrgico são as manifestações físicas por ele apresentadas. Elas podem estar relacionadas a diferentes fatores e se evidenciar em diferentes locais do corpo. Pelos pacientes, no entanto, são percebidas prioritariamente como "alterações, incômodos" ou "problemas". A esta vivência das manifestações é que foi dado o nome de "Tendo Perturbação Física".

#### Discussão de "Tendo Perturbação Física":

A perturbação física, expressa nas manifestações físicas e mudanças corporais apresentadas pelo paciente, tem sido estudada mais como sintomatologia clínica na literatura da enfermagem brasileira (KAMIYAMA, 1972:103-104 ; KAMIYAMA E NAKAZAWA, 1975:354-359), do que como uma vivên-



cia do paciente. As pesquisas mostram a importância que têm para o paciente a dor, o desconforto físico e as manifestações da doença na sua experiência hospitalar ou na cirurgia (KAMIYAMA, 1972:102-103; FARIAS, 1981; RODRIGUES, 1984: 174) mas não tem trabalhado a forma do paciente entender e classificar a perturbação física. Não foram identificados critérios utilizados pelos pacientes cirúrgicos para classificar a perturbação física quanto à sua intensidade e possível relação com uma causa. Os estudos têm assumido a classificação adotada pelos profissionais da saúde, valorizando e entendendo a perturbação física como um sinal, associado a uma causa específica.

#### B) "Buscando Solução":

Ao passar pela experiência de cirurgia, o paciente tende a buscar uma saída ou solução para os problemas que vivencia. Nesta tentativa de eliminar os problemas encontrados, ou, pelo menos, de diminuir a influência na sua vida, o paciente pode apresentar diferentes comportamentos no transcorrer do processo espaço-temporal.

Em casa, antes de ir ao médico ele costuma pensar sobre as manifestações que vem apresentando, vai conversar com pessoas, especialmente aquelas que já passaram pela mesma experiência. Alguns pacientes primeiro não querem ir ao médico, mas todos acabam concordando com a necessidade de consulta médica (diagrama nº 10):

"A hérnia apareceu há uns 20 dias. Fui  
quei meio apavorado e nervoso. Daí aí  
quem disse que já teve. Me animei e fui  
procurar o médico". (Manoel)

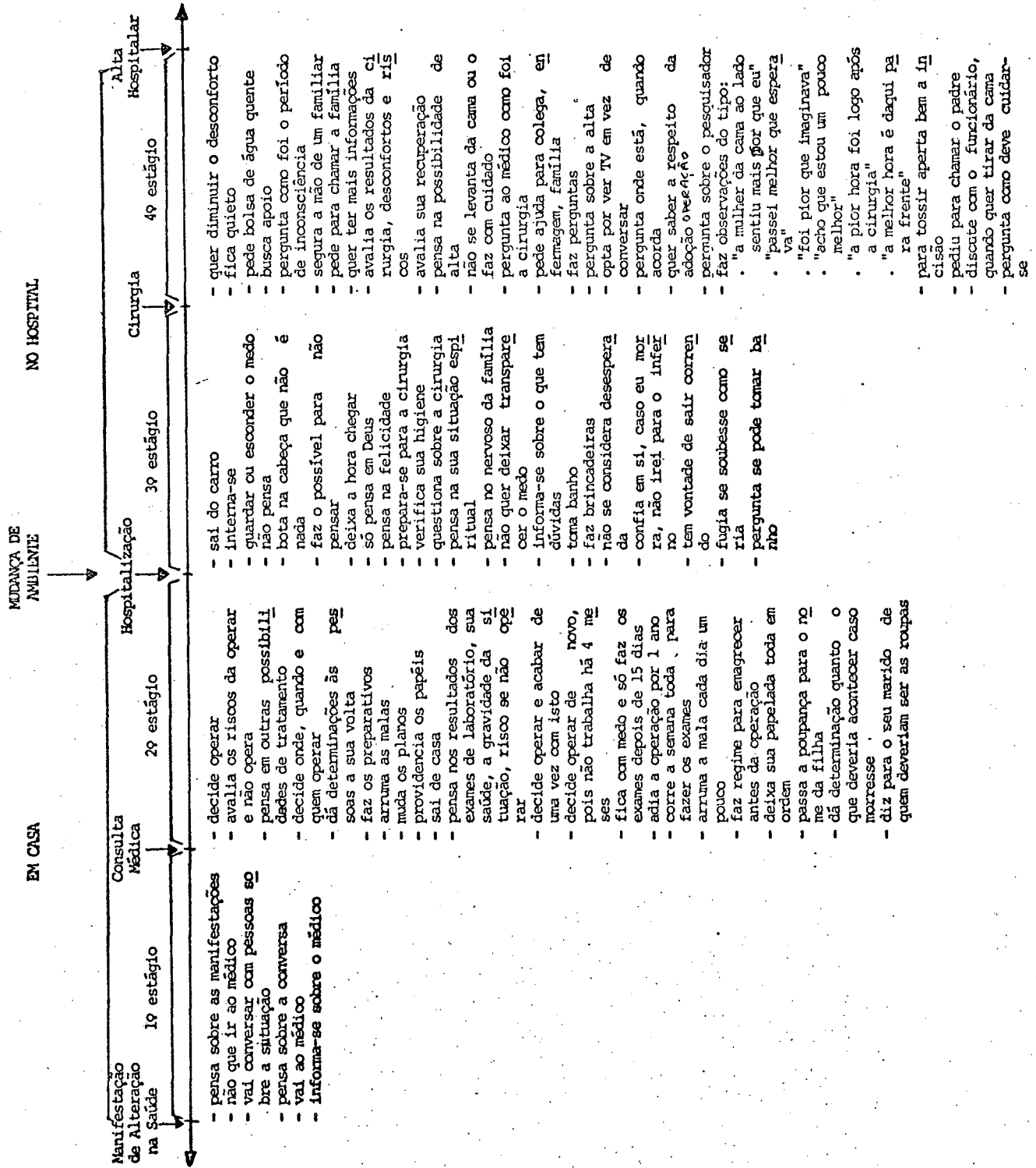


Diagrama nº 10: Diferentes reações e atitudes do Paciente Cirúrgico na busca de uma solução para as suas dificuldades.

Após a consulta, com a notícia da necessidade cirúrgica, é comum o paciente se voltar mais para a avaliação da situação e para a decisão de operar ou não:

"Decidi operar porque mais tarde poderia ser pior". (Leila)

Quando o paciente decide operar ele também precisa tomar outras decisões menores como as relativas aos preparativos para a internação e cirurgia, a mudança de planos e os acertos financeiros (diagrama nº 10):

"Corri a semana toda para fazer os exames". (Pedro)  
"A mala já está arrumada há uma semana". (Sandra)

Quando o paciente interna, ele tende a pensar muito sobre a sua situação de saúde e de vida. Muitas vezes, também, quando tudo já está preparado e ele apenas aguarda a hora da cirurgia chegar, ele prefere não pensar mais na sua situação e possíveis dificuldades. Ele tenta não deixar transparecer o medo e o nervosismo que geralmente está sentindo (diagrama nº 10):

"Agora não vou pensar em nada ...". (Ma noel)  
"Eu não queria deixar transparecer a expectativa. Não queria que o marido e a filha vissem que estava nervosa". (Tânia)

Após a cirurgia, ele está mais voltado para a diminuição do seu desconforto e à busca de esclarecimento quanto ao transcurso da cirurgia e sua evolução atual. Seus pensamentos, perguntas, decisões e ações são voltados a essa direção (diagrama nº 10):

"O médico disse que não tirou nada, só um cisto benigno. Eu queria saber mais, mas ele disse "esquece" e foi embora ... Eu queria saber mais de minha doença". (Fátima)

"De noite, trancou a urina, não senti dor, mas deu medo da sonda ... Não queria que colocassem sonda, por isso pedi uma bolsa de água quente". (Tânia)

A busca por uma saída ou solução para os problemas é algo caracteristicamente vivido pelo paciente cirúrgico. É uma vivência que acompanha todo o processo espaço-temporal e que recebeu o nome de "Buscando Solução". Apesar de todos os pacientes tentarem solucionar os problemas encontrados, a maneira de fazê-lo pode variar. Foram identificadas pelo menos duas: "tentando resolver" e "tentando tirar da mente".

#### "Tentando Resolver":

"Tentando resolver" ocorre quando o paciente procura acabar com o problema encontrado, mesmo que não consiga eliminá-lo, mas apenas diminuí-lo. Para isso, com maior ou menor atenção ele segue alguns passos que assumem a forma de um processo: "buscando esclarecimento", "avaliando", "decidindo" e "fazendo" (quadro nº 6).

#### a) "Buscando Esclarecimento":

Quando o paciente está diante de um problema ou dificuldade, geralmente sente a necessidade de conhecer e saber mais a respeito da situação que está vivendo. Quando por exemplo, surgem as manifestações físicas, procura conversar com amigos ou pessoas sobre o assunto, especialmente com aqueles que já tiveram manifestações semelhantes. Quando ele tem a notícia da necessidade da cirurgia ele deseja saber do que irá ser operado e como tudo se desenrola

Quadro nº 6: "Tentando resolver" e seus componentes

<ul style="list-style-type: none"> <li>- vai conversar com pessoas sobre a sua situação</li> <li>- questiona sobre a cirurgia</li> <li>- quer ter mais informações</li> <li>- faz perguntas sobre a sua situação</li> <li>- pergunta onde está</li> <li>- quer saber a respeito de adoção</li> <li>- pergunta como foi o período de inconsciência</li> </ul>	<p>Informando-se sobre a Situação</p>	<p>"Buscando Esclarecimento"</p>	<p>"Tentando Resolver"</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pergunta se pode tomar banho</li> <li>- pergunta como deve cuidar do curativo</li> </ul>	<p>Informando-se sobre os Cuidados</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- informa-se sobre o médico</li> <li>- pergunta sobre o pesquisador</li> </ul>	<p>Informando-se sobre as Pessoas</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- estava com medo de complicação porque teve hemorragia quando operou. Também já teve anemia, está cansada e já te ve muito filho</li> </ul>	<p>Identificando</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- disse que a mulher da cama ao lado sentiu mais dor do que ela</li> <li>- passou melhor que esperava</li> <li>- foi pior que imaginava</li> <li>- ela não teve problema com a sonda como elas</li> </ul>	<p>Comparando</p>	<p>"Avaliando"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- disse que a pior hora foi logo após a cirurgia</li> <li>- confia em si, caso morra não irá para o inferno</li> <li>- não se considera desesperada</li> <li>- pensa nos resultados dos exames</li> <li>- pensa sobre a conversa</li> <li>- pensa sobre as manifestações</li> <li>- considera outras possibilidades de tratamento</li> <li>- pensa na possibilidade de alta</li> </ul>	<p>Analisando</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- decide operar e acabar de uma vez com isto</li> <li>- decide operar</li> <li>- decide onde, quando e com quem operar</li> </ul>	<p>Optando por Fazer</p>	<p>"Decidindo"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- adia a operação por um ano</li> <li>- fica com medo e só faz os exames de pois de quinze dias</li> </ul>	<p>Protelando</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- muda os planos</li> <li>- arruma a mala</li> <li>- corre a semana toda para fazer os exames</li> <li>- toma banho</li> <li>- verifica a sua higiene</li> <li>- faz regime</li> <li>- deixa a papelada toda em ordem</li> <li>- passa a poupança para o nome da filha</li> </ul>	<p>Preparando-se</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dá determinações quanto aos filhos e a casa</li> <li>- diz para o marido de quem deveriam ser as roupas caso morresse</li> <li>- dá determinações quanto o que deveria acontecer em casa se morresse</li> <li>- pede bolsa de água quente</li> </ul>	<p>Dando Determinações</p>	<p>"Fazendo"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- marca a consulta</li> <li>- vai ao médico</li> <li>- fica quieta</li> <li>- não levanta da cama</li> <li>- para tossir aperta bem a incisão</li> </ul>	<p>Fazendo Algo para Aliviar o Desconforto</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- pede para chamar o padre</li> <li>- quer saber como foi a operação, quer saber o que tem</li> </ul>	<p>Fazendo Algo para Resolver uma Preocupação</p>		

rã. Após a cirurgia, deseja saber o que deve e o que não deve fazer, como deve cuidar-se em casa. Além disso, geralmente é importante para ele saber onde e como está quando acorda da anestesia e quem são as pessoas à sua volta (quadro nº 6):

"Posso tomar banho?" (Miriam)

"Fui conversar com alguém que teve o mesmo problema". (Manoel)

"Como foi a minha operação?". (Fátima)

O esclarecimento buscado e obtido não têm sempre as mesmas características: pode variar quanto à fonte, ao grau com que está baseado na realidade, à reação despertada no paciente e ao momento em que ocorre.

A fonte do esclarecimento pode ser tanto algum profissional da saúde, quanto algum amigo ou material de leitura. Às vezes ocorre pela simples observação do paciente ou por perguntas feitas a outras pessoas. Outras vezes, são as pessoas à sua volta que tomam a iniciativa de esclarecê-lo:

"O médico disse que tirou quatro pedras da vesícula e que havia um líquido estranho". (Maria)

O grau com que a informação está baseada na realidade está relacionado com a fonte do esclarecimento. Pode ser fruto da opinião do médico ou então de leigos, com pouco esclarecimento sobre o assunto, e por isso, com possibilidade de não estar de acordo com a situação específica do paciente:

"Diz que a pessoa depois que vem da operação e começa a passar a anestesia dá um calorão e a pessoa quer arrancar os aparelhos, fica nervosa" ... (Sandra)

O esclarecimento dado ao paciente pode despertar nele tanto reação de agrado, quanto de desagrado. Informações como de boa recuperação ou de alta próxima são geralmente bem aceitas pelo paciente, dando-lhe ânimo e força. Informações como a impossibilidade de alta ou a ocorrência de alguma complicação, tendem a desanimá-lo e até preocupá-lo:

"Não aceitei quando o médico disse que eu não teria mais alta hoje. Até chorei ...". (Marisa)

Quanto ao momento em que a busca pelo esclarecimento ocorre, percebe-se que, apesar de uma característica de continuidade, ela se dá preferencialmente no início do processo "tentando resolver", já serve de base para os passos seguintes do processo:

"Fui conversar com alguém que teve o mesmo problema". (Manoel)

#### b) "Avaliando":

O "Avaliando" ocorre quando o paciente pensa sobre as informações recebidas e elabora como que um quadro da situação; formando sua opinião. Para isso ele pode trabalhar as informações recebidas de diferentes maneiras. Foram reconhecidas pelo menos três: "identificando", "comparando" e "analisando" (quadro nº 6).

No "identificando" o paciente reconhece algum aspecto da situação ou problema, como por exemplo, a causa de uma preocupação ou medo:

"Estava com medo de complicação, porque tive hemorragia quando operei. Também já tive muito filho". (Maria)

O "comparando" acontece quando o paciente confronta a situação, ou problema, com outra semelhante. Ele pode compará-la com a situação de outra pessoa ou com sua própria expectativa:

"A mulher da cama ao meu lado sentiu mais dor que eu". (Maria)  
 "Eu não tive problema com a sonda, como elas". (Aparecida)  
 "A operação foi melhor que eu esperava". (José)

No "analisando", o paciente pensa sobre a situação ou sobre o problema e chega a uma conclusão sobre a questão. São vários os aspectos que pode analisar, como sua evolução, o período de internação, ou a si mesmo:

"A pior hora foi logo após a cirurgia". (Marisa)  
 "A melhor hora é daqui para a frente". (Pedro)  
 "Não me considero desesperada". (Fátima)

O "Avaliando" pode acontecer em diferentes momentos do processo "tentando resolver". Pode ser inicial, quando ocorre antes de o paciente tomar a decisão. É concorrente, quando ocorre durante a tomada de decisão, e é final, quando ocorre depois da decisão já tomada. Neste último caso, o objetivo é verificar se a decisão tomada foi adequada e se o resultado foi o esperado.

### c) "Decidindo":

Acontece quando o paciente faz uma opção, escolhe uma das opções para a solução do problema. Ele resolve tentar um determinado tipo de solução. No paciente cirúrgico foram identificados dois tipos básicos: "Optando por Fazer" e "Protelabdo" (quadro nº 6). Ele opta por fazer quan



do decide operar para resolver logo o problema. Decide en  
frentar e fazer logo o que precisa ser feito:

"Decidi operar e acabar de uma vez com  
isto". (Sueli)

"Decidi operar de novo, pois não trabal  
ho há quatro meses". (Lauro)

O paciente está "protelando" quando decide não faz  
er já. Neste caso, ele deixa para depois o que poderia faz  
er logo:

"Fiquei com medo e só fiz os exames de  
pois de quinze dias". (Maria)

"Adiei a operação por um ano". (Leila)

Nem todas as decisões têm o mesmo poder de influenci  
ar na direção a ser dada à experiência de cirurgia e hospi  
talização. Há decisões que não chegam a mudar o rumo da  
experiência em si. São as colaterais, como: com quem devem  
ficar os filhos, quem ficará cuidando da casa, quem lhe faz  
rá companhia no hospital. As decisões centrais, por outro  
lado, podem mudar a direção da experiência. É o caso de deci  
sões como operar ou não, quando operar, com que médico,  
entre outras. Dessas, a que tem maior significado para o  
paciente é a decisão de operar ou não. Essa é para ele "a  
grande decisão".

#### A Grande Decisão:

No início do processo vivido pelo paciente cirúr  
gico, após a notícia da necessidade de cirurgia, há uma  
grande decisão a ser tomada: operar ou não operar. É esta  
decisão que definirá se o processo espaço-temporal contin  
nuará ou não a ser vivenciado pelo paciente. É a decisão  
de maior peso, a mais decisiva de toda a experiência. Ano

tes e depois dela continuam havendo outras decisões, todas, no entanto, a ela relacionadas.

Todos os paciente passam por uma "grande decisão". Alguns de forma bem consciente e madura, trabalhando todas as etapas do processo "tentando resolver". Outros de forma parcialmente consciente ou até de forma impensada ou vaga. Neste caso, ela pode não ser sentida como a "grande decisão":

"A decisão de ir ao médico foi repentina e logo internei ... o médico disse para ir para casa, pegar as coisas e internar". (Antônio)

Uma das características dos sujeitos deste estudo é que todos decidiram operar, mesmo que anteriormente alguns houvessem decidido protelar a operação:

"Já procurei o médico há um ano atrás, na mesma época que agora, mas adiei a operação e agora voltou o problema na víscula". (Leila)

A decisão de operar traz consigo a idéia de ter que passar por alguns eventos ou problemas. É a decisão de operar que faz com que o paciente tenha que se hospitalizar, fazer a cirurgia e receber a alta hospitalar. É ela também que faz com que o paciente se depare com problemas como sair de casa e ir para o hospital, passar pelo risco da cirurgia e pelo desconforto físico, sair do hospital e voltar para casa. É comum, nas horas de maior dificuldade, o paciente repensar a decisão tomada. Para que a cirurgia efetivamente chegue a acontecer, é necessário que nessas horas a decisão de operar seja confirmada:

"Resolvi operar ... não queria vir para o hospital, mas vim". (Marisa)

"Deu confusão na internação ... fui pa  
rar num quarto de segunda ... deu vontã  
de de ir embora. O filho não deixou, con  
venceu a ficar". (Marli)

Alguns fatores podem influenciar ou favorecer a decisão de operar. A alteração na rotina de vida, o número de reinternação, o grau de desconforto, o grau de limita  
ção física, o trabalho, o exemplo de outra pessoa e a opi  
nião do médico, da família e dos amigos são alguns destes fatores. Mais facilmente decidirá operaraquele paciente que estiver sentindo maior desconforto físico, maior alte  
ração na rotina de vida, maior número de reinternações, e maior limitação física:

"Quando o médico disse que tinha que ope  
rar, eu quis operar logo. O que eu não  
queria era ficar assim como eu estava,  
sem conseguir urinar". (Francisco)

O trabalho é outro fator que influencia. O pacien  
te que trabalha como autônomo e que em consequência dos  
distúrbios físicos está afastado do trabalho, tenderá a  
querer operar logo para poder voltar ao trabalho e ganhar  
o dinheiro de que necessita:

"Vim para o hospital porque sou pobre. Te  
nho que trabalhar". (José)

A opinião do médico, da família e dos amigos tam  
bém tem grande influência. Quando o médico, a família e os  
amigos são favoráveis à cirurgia, mais facilmente o pacien  
te também optará por ser operado:

"Eu não estava querendo operar, mas meu  
marido achou bom operar. Ai decidi ope  
rar". (Marisa)

d) "Fazendo:"

Ocorre quando a decisão é colocada em prática. Há várias coisas que o paciente faz em decorrência de uma decisão tomada. No caso do paciente cirúrgico foram identificados quatro diferentes aspectos do "Fazendo": "Preparando-se", "Dando Determinações", "Fazendo Algo para Aliviar o Desconforto" e "Fazendo Algo para Resolver uma Preocupação" (quadro nº 6).

O "Preparando-se" refere-se às ações de preparação para um evento ou situação, como, fazer os exames, arrumar as malas, chegar cedo ao hospital, fazer regime, organizar a papelada e deixar as finanças em ordem:

"Fiz regime para emagrecer antes de operar". (Paulo)  
 "Até passei a poupança para minha filha". (Marli)

"Dando Determinações" está relacionado com uma ordem ou pedido do paciente para outra pessoa que executará a ação:

"Dei determinação quanto o que deveria acontecer caso eu morrer". (Maria)  
 "Sei que não vou morrer, mas já disse para o meu marido de quem deveriam ser minhas roupas". (Marisa)

"Fazendo Algo para Aliviar o Desconforto" são aqueles cuidados tomados pelo paciente para diminuir o desconforto físico, como por exemplo, descer devagar da cama, apertar a incisão para tossir e marcar a consulta médica:

"Tenho medo de que ainda possa acontecer alguma coisa, desço devagarinho da cama e para tósser aperto bem a incisão". (Maria)

"Fazendo Algo para Resolver uma Preocupação" envolve todas aquelas ações cujo objetivo é acabar com uma preocupação.

cupação como chamar o padre ou pedir um esclarecimento a mais:

"Fui eu que pedi para chamar o padre, pois eu estava preocupada ...". (Tânia)  
 "Eu queria saber como foi minha operação. Eu queria saber o que eu tinha". (Fátima)

Ao vivenciar o "Fazendo" o paciente pode encontrar algumas dificuldades. Quando sua decisão não é a mesma dos que o rodeiam ele pode viver uma situação de conflito ou discórdia ao colocá-la em prática. Ele e sua família podem não ter a mesma opinião quanto ao dia em que deve ser realizada a operação ou quanto ao hospital onde deverá se internar. O paciente e a enfermagem podem não ter a mesma opinião, quanto aos cuidados necessários na sua operação:

"Fiquei muito nervosa com um funcionário que quiz me forçar a sair da cama. Acaabei discutindo com ele". (Fátima)

Diante dessa situação de conflito ou discórdia o paciente pode ter diferentes comportamentos. Pode "resistir" e insistir em fazer o que ele acha certo, reagindo contra o que lhe pedem ou obrigam a fazer. É como que uma tentativa sua de mudar a situação que não lhe agrada, para não se submeter a ela. Esta é uma reação mais comum durante a internação e nos primeiro e segundo dias após a operação. Ele está resistindo quando não quer vir para o hospital, não quer sair do carro, não quer levantar da cama no pós-operatório porque dói, é irônico, discute e agride verbalmente:

"Fui irônica com a secretária do anestesista, mas é que não gostei de cobrarem a anestesia antes da operação. Também porque um paciente particular paga mais caro pela anestesia". (Tânia)

Em algumas situações, o paciente pode conseguir

mudar a situação para não se submeter ao que lhe desagrada; por exemplo, não aceitando que determinado médico o opere. De forma geral, no entanto, mesmo não querendo, ele acaba se submetendo:

"Ela queria se depilar sozinha, mas não foi permitido. A funcionária fez a tricotomia". (Nota do Pesquisador - Marisa)

Por outro lado, em vez de "resistir", o paciente pode "obedecer". Neste caso, ele se submete à decisão de outro. Isso é bastante comum na experiência do paciente cirúrgico, pois ele está vivendo uma situação sobre a qual tem pouco ou nenhum poder. Além disto, está num ambiente para ele desconhecido. Nesta situação ele facilmente acha a decisão da equipe de saúde melhor que a sua. Outras vezes ele nem chega a formar sua própria opinião, não chega a decidir. Prefere deixar isso para a equipe de saúde, limitando-se a obedecer e colaborar nos cuidados. Neste caso, mesmo havendo divergência de opinião, o conflito não é aparente, pois ele obedece. Esta é uma atitude comum no hospital, antes da cirurgia.

#### A Consciência do Paciente do "Tentando Resolver":

Cada paciente, de acordo com suas características pessoais e com as características particulares da situação, pode viver o "tentando resolver" de forma mais ou menos consciente. Ele pode ser considerado consciente quando o próprio paciente vai em busca de esclarecimentos, avalia cuidadosamente a situação e assume os riscos da decisão, de acordo com a realidade dos fatos:

"Agora estou querendo operar. Agora es

tou preparado. Me concentrei, fiz regime e vim porque eu quis. Acho que está na época de operar". (Paulo)

A vivência do "tentando resolver" pode ser considerado parcialmente consciente, quando o paciente avalia e assume os riscos de sua decisão, mas seu conhecimento da realidade é parcial. Ele imagina parte da situação melhor ou pior do que ela o é na verdade:

"Não me acho preocupado. Nunca estive no hospital. Não tenho idéia do que me espera. O mesmo que nada. Acho que a operação é simples e que não vou sentir nada." (Luiz)

Ela é impensada ou vaga, quando o paciente busca pouco esclarecimento da situação. A avaliação é superficial ou praticamente não ocorre. Neste caso, os riscos e consequências da decisão são pouco considerados; pois o paciente com este nível de consciência da situação geralmente prefere que outra pessoa, por exemplo o médico, a família ou a enfermagem decida por ele:

"Vim como se viesse fazer um passeio ... Me arrumei bem ... Antes da operação estava feliz da vida ... Se soubesse como seria teria dado o fora". (Sandra)

### "Tentando Tirar da Mente":

Nem todos os pacientes, ao se depararem com problemas, tentam resolvê-los. Alguns preferem evitá-los e não pensar neles, ou seja, tentam tirar os problemas de sua mente. Isto ele pode fazer através de diferentes atitudes, como por exemplo, "Tendo Vontade de Fugir", "Escondendo", "Desligando" e "Enganando" (quadro nº 7).

Quadro nº 7: "Tentando Tirar da Mente" e seus componentes.

- tendo vontade de fugir pela janela - tendo vontade de sair correndo - teria fugido se soubesse com seria	"Tendo Vontade de Fugir"	}	"Escondendo-se"	"Tentando Tirar da Mente"
- fazendo o possível para não sentir, guardar ou esconder o medo - não querendo que a filha e o marido percebessem o nervoso - às vezes parecendo querer chorar mas se controlava	Guardando Não Deixando Transparecer			
- deixando a ora chegar - fazendo o possível para não pensar - ficando no mundo da lua	Deligando-se	}	"Desligando"	
- médico receitando tranquilizante - tomando calmante	Sendo Desligado			
- fazendo de conta que não era nada - botando na cabeça que não era nada - dizendo para os vizinhos que ia fazer um passeio - fazendo de conta que era um passeio	"Enganado"			

a) "Tendo Vontade de Fugir":

Há várias situações das quais o paciente tem vontade de fugir, por exemplo, quando chega ao centro cirúrgico. Nessa ocasião, ele literalmente tem vontade de sair correndo e de se afastar da situação:

"Tinha vontade de fugir pela janela".

(Marisa)

"Queria fugir, sair correndo". (Lauro)

b) "Escondendo":

Nesse caso, ele procura esconder algum sentimento de si mesmo e dos outros, não o deixando transparecer. Ele o faz para evitar sentir medo e preocupar a si mesmo ou a sua família:



"Eu fazia o possível para não sentir, guardar, ou esconder o medo". (Lauro)  
 "Não queria que o marido e a filha percebessem o nervoso ...". (Tânia)  
 "Às vezes parecendo querer chorar, mas se controlava". (Tânia - Nota de Observação)

c) "Desligando":

Está relacionado com a tentativa de alguns pacientes de deixar de viver uma situação que lhe é difícil. Nesse caso, ele desliga, "fica no mundo da lua" e simplesmente "deixa a hora chegar":

"Não vou mais pensar em nada". (Manoel)  
 "Fiquei no mundo da lua". (Maria)

Às vezes, o paciente é "desligado". Isso acontece quando o médico lhe prescreve algum tranquilizante. Desta forma, ele deixa de viver tão intensamente o problema ou a situação:

"O médico receitou calmante". (Fátima)  
 "Tomei tranquilizante". (Tânia)

d) "Enganando":

O paciente está enganando a si mesmo e aos outros, quando faz de conta que está vivendo uma situação que no fundo sabe não ser verdade. Ele tenta acreditar em algo que não condiz com sua realidade:

"Vim contente para o hospital, fazia de conta como se fosse um passeio. Disse para os vizinhos que ia fazer um passeio".  
 (Sandra)

"Buscando Solução" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico:

Durante todo o processo espaço-temporal, o paciente busca soluções para seus problemas. Há épocas, no entanto, em que se percebe uma maior tendência em tentar resolver os problemas encontrados, enquanto noutras a tendência é de tentar tirá-los da mente.

É nos primeiro, segundo e quarto estágios que o paciente cirúrgico, tende mais a resolver suas dificuldades. Cada uma das etapas deste processo "tentando resolver" se evidencia em diferentes momentos. A busca por esclarecimento é mais evidente na segunda metade do primeiro estágio, como também no início do quarto estágio (diagrama nº 11). Nessas ocasiões, ele está preocupado em conhecer a situação. Quer saber o que tem, o que deve fazer para resolver, como foi a cirurgia e como está evoluindo. A avaliação tende a estar mais evidentemente presente quase no mesmo período. O paciente pensa muito sobre a sua situação no final do primeiro estágio, durante o segundo e metade do quarto estágio (diagrama nº 11). As decisões de maior peso tendem a ocorrer no meio do segundo estágio, quando precisa ser definido se ele será operado ou não, onde, quando e com que médico, com quem ficarão as crianças, como ficará o seu trabalho, entre outros. No meio do quarto estágio, as decisões começarão novamente a evidenciar-se. O paciente começa a pensar no que é melhor para ele, na sua recuperação e no seu futuro (diagrama nº 11). A época em que o paciente mais "faz" é na segunda metade do segundo estágio. Ele, por exemplo, faz preparativos, providencia a papelada,

MUDANÇA DE AMBIENTE

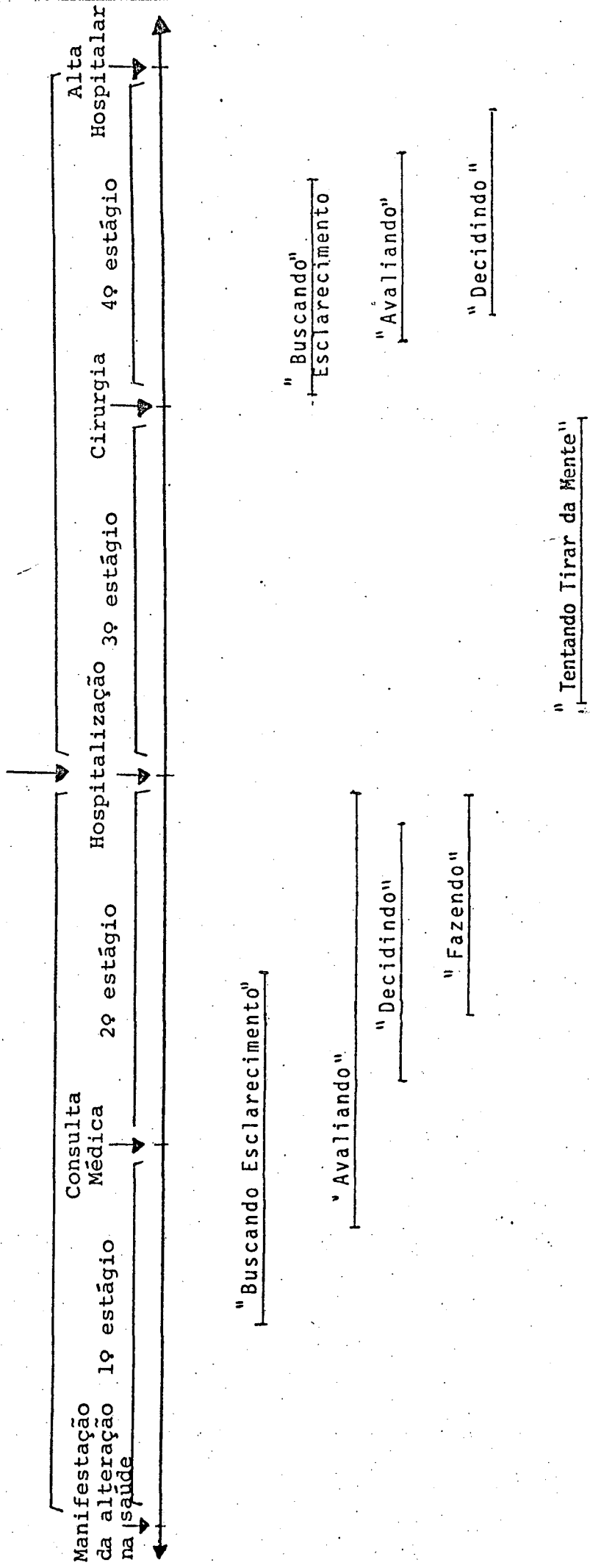


Diagrama nº 11: "Buscando Solução" e o Processo Espaço Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

arruma a mala e faz os exames (diagrama nº 11).

No processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico, o terceiro estágio é aquele em que o paciente mais tende a evitar pensar em seus problemas. É quando ele já está internado no hospital e está "só" esperando a hora de a cirurgia chegar. É quando ele mais sente vontade de fugir, de desligar, enganar e de esconder (diagrama nº 11).

### "Buscando Solução" e sua Relação com o "Tendo Perturbações Físicas":

O "Buscando Solução" é algo intimamente relacionado com os problemas encontrados pelo paciente, pois é para eles que soluções são procuradas. Parte desses problemas está diretamente relacionada com a categoria "Tendo Perturbações Físicas", como é o caso da "percepção de alteração na saúde", da "notícia da necessidade de cirurgia" e de "passar pelo risco e desconforto". Desta forma, pode-se dizer que a origem da categoria "Buscando Solução" está relacionada à categoria "Tendo Perturbações Físicas".

### Discussão do "Buscando Solução":

Na literatura da enfermagem brasileira, nenhum texto ou estudo foi encontrado quanto a essa vivência experimentada pelo paciente cirúrgico. BARBOSA (1986:1-3), no entanto, aborda a questão da conveniência operatória do ponto de vista médico. Diz que a responsabilidade desta avaliação é do médico, não mencionando a participação do paciente. Nesta análise, ele considera a indicação operatória, o risco e a decisão operatória. Na indicação são ana

lisadas questões como a vantagem da operação, a vantagem do tratamento conservador e a evolução da doença. No risco são considerados o vulto da operação e a resistência do paciente. A decisão operatória afeta especialmente o momento operatório. No presente estudo, verificou-se que o paciente também faz uma avaliação da situação, mesmo que não tão detalhada e com tanto conhecimento da situação. Ele também decide, mesmo que às vezes não esteja bem consciente disso.

STEFANELLI, ARANTES e FUKUDA (1982:246) com base em Wallace (1967) dizem que no relacionamento do enfermeiro com o paciente pode surgir tanto uma situação de aceitação automática quanto de conflito. A aceitação automática ocorre quando o comportamento do paciente está de acordo com o esquema de valores do enfermeiro, enquanto que a situação de conflito surge quando isto não ocorre. Algo semelhante foi identificado na vivência "Buscando Solução", especialmente quando o paciente tenta resolver o problema que está experimentando. Neste caso, foi verificado que o paciente pode tanto vivenciar uma situação de resistência como de obediência. O "resistindo" envolve uma situação de conflito ou discórdia, quanto à melhor decisão a ser tomada diante determinado problema. A opinião do paciente difere da dos que o cercam, semelhantemente à situação de conflito descrito pelas autoras acima, com a diferença de que o conflito de aceitação não é sentido pelo enfermeiro, quando o comportamento do paciente não está de acordo com seu esquema de valores. O "obedecendo" por sua vez, de forma equivalente à aceitação automática, pode ocorrer quando as opiniões do paciente e dos que a cercam são semelhantes.

Quando o paciente busca encontrar a solução "tentando tirar da mente" ele pode ter uma das quatro atitudes básicas: "tendo vontade de fugir", "escondendo", "desligando" e "enganando". Mesmo com diferentes nomes, duas destas atitudes também foram identificadas por GONÇALVES (1976:32): a fantasia e a negação. A fantasia está especialmente presente no "enganando", enquanto que a negação está presente tanto no "escondendo", quanto no "enganando". BIRD (1975: 17-26) também fala sobre a maneira que o paciente tem de eliminar a ansiedade. Ele diz que o paciente pode tentar fazê-lo mentalmente, esquecendo, distorcendo, minimizando, dissimulando, desligando ou transferindo. Todas estas formas de tentar eliminar a ansiedade são muito semelhantes às quatro formas utilizadas pelos pacientes da presente amostra, quando tentam tirar o problema da mente. Nesse caso, aparentemente a ansiedade pode ser menor ou estar ausente, pois o paciente pode não demonstrar medo, e até parecer despreocupado e adotar uma atitude displicente. Para JOURNALAS (1977:19) esse é um paciente de alto risco se ele não estiver preparado para enfrentar a situação pós-operatória.

A equipe de enfermagem e o enfermeiro não podem se esquivar desta vivência do paciente cirúrgico se estão preocupados em assisti-lo no seu todo. Mesmo que ainda não se tenha muita clareza quanto ao papel específico da enfermagem, pode-se dizer que ela deve considerar e respeitar a tentativa de o paciente encontrar uma solução. Ela deve lembrar que não é dela o poder de decisão sobre o paciente, como se ele fosse incapaz de decisões acertadas. Deve, sim, fornecer-lhe os esclarecimentos para uma decisão

consciente.

C) "Esperando":

No transcorrer de todo o processo espaço-temporal, desde o momento em que ocorrem as alterações de saúde até a alta hospitalar, o paciente cirúrgico se vê diante de eventos, problemas ou dificuldades que para ele assumem a forma de prazos marcados, pelos quais ele tem que passar e que gradativamente vão se realizando. A consciência deste fato faz com que ele se lembre de que há à sua frente um processo espaço-temporal que necessariamente precisa ser vivenciado. Isto desperta nele alguns sentimentos, desejos, ações ou reações, que transparecem mesmo quando ele ainda está em casa, antes de ir ao médico. Ele pode dizer coisas do tipo (diagrama nº 12):

"Agora voltou a crise na vesícula ...  
na quarta feira fui ao médico". (Leila)

A consciência da nova crise na vesícula levou esta paciente a procurar o médico. Ela marcou a consulta, mas precisou esperar até o momento em que ela efetivamente ocorreu.

Depois da notícia da necessidade de cirurgia, a evidência de ter estes prazos, eventos e problemas pela frente se torna bem mais clara para o paciente. Por isso, então, já são mais comuns (diagrama nº 12) observações do tipo:

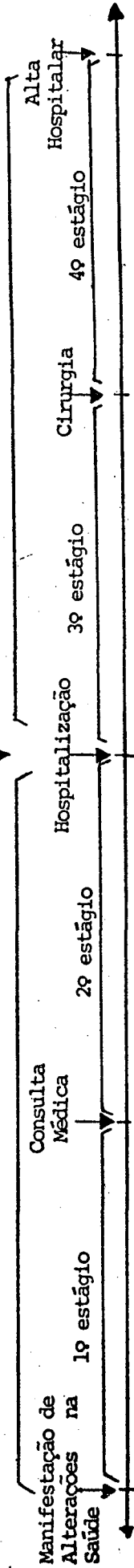
"Leila estava fazendo exames e esperando o parecer do cardiologista". (Nota de Observação)

"Francisco teve que esperar o resultado dos exames para internar". (Nota de Observação)

MUDANÇA DE AMBIENTE

NO HOSPITAL

EM CASA



- espera a consulta médica
- espera que seja nada grave
- não que ir logo ao médico

- espera o resultado dos exames
- espera definir o dia da cirurgia
- espera definir o dia da operação
- espera a internação
- tem a sensação de que não chega a hora
- quer internar logo
- não quer que chegue o dia de internar

- tem a sensação que não chega a hora de operar
- quer que a operação fosse o mais cedo possível
- espera a lavagem
- aguarda a hora da cirurgia
- tem esperança de estar acordado em 3-4 horas
- espera dar tudo certo na operação
- espera não morrer
- espera voltar bem para casa
- espera se sentir melhor após a operação
- quer que a hora passe depressa
- acha a manhã longa
- quer que o dia de hoje e de amanhã passe rápido
- tem a sensação que irá morrer
- parece que vai sentir tudo na operação
- quer se ver logo livre disso

- espera o retorno para a unidade
- quer acordar logo da anestesia
- deseja diminuir o desconforto
- quer ir logo para sua casa
- espera acabar com o desconforto
- que ir embora o quanto antes
- calcula que daqui para frente vai, e lhorar
- esperando dias melhores, felicidades
- acredita que irá sair ou tra do hospital
- espera sarar logo
- espera não ter mais que voltar
- só pensa em ir para casa
- quer tirar a SNG
- quer comer



Após a hospitalização, com a proximidade crescente da cirurgia, alguns sentimentos, reações e desejos se intensificam. Por isso nesse estágio são comuns comentários do tipo (diagrama nº 12):

"Quero que a hora passe depressa até a cirurgia". (Tereza)

"Está chegando a hora". (Pedro)

"Esperando ... esperando ... quanto mais esperava mais demorava". (Sueli)

Com a realização da cirurgia, seu desejo mais imediato é retornar à unidade, acordar logo da anestesia e diminuir o desconforto. Mais tarde, no segundo ou terceiro dia após a cirurgia, já são mais comuns os sentimentos e reações relacionados com a alta (diagrama nº 11):

"Espero ser essa a última noite que passo no hospital. Toda hora olho no relógio". (Marisa)

"Quero ir embora o quanto antes". (Luiz)

Estes sentimentos, desejos ou reações relacionados com o cumprimento de um prazo ou a ocorrência de algum fato, evento ou problema, são, de forma geral, resumidos e expressos pelos pacientes em "Esperando".

Para o paciente, "Esperando" envolve duas idéias principais, Uma delas é o "aguardando" que é a espera de um determinado tempo ou momento. Há várias coisas que o paciente precisa "aguardar". Há definições a aguardar, há acontecimentos a aguardar e há o retorno à sua vida de antes da cirurgia a aguardar (quadro nº 8).

Quadro nº 8: O "aguardando" e seus componentes.

- teve que esperar pa ra ver se o resulta do do exame deu bem	} Resultado dos Exames	} "Aguardando Definições"	} "Aguardando"
- teve que esperar o médico marcar o dia da operação	} Data da Cirur gia		
- teve que esperar a papelada da interna ção	} Data da Inter nação		
- o médico ainda não disse nada sobre a alta	} Data da Alta		
- ficou esperando a a hora de vir para o hospital	} Internação	} "Aguardando Acontecimen tos"	
- pergunta quando eles vem prepará-lo para a operação	} Preparo para Cirurgia		
- pensa que agora é só esperar	} Cirurgia		
- o médico já disse que posso ir embora agora é só esperar eles virem me bus car	} Alta	} "Aguardando Retorno"	
- aquela hora só que ria acordar	} Acordar da Anestesia		
- era só esperar que a dor aliviasse	} Acabar com o Desconforto		
- agora só espera a ho ra de voltar para ca sa	} Voltar para Casa		

Primeiramente, o paciente precisa "aguardar defi  
nições", como o resultado dos exames, a data da cirurgia,  
a data da internação e a data da alta. Estão incluídas aqui  
todas as "esperas" pela definição de algo que não depende

sô do paciente (quadro nº 8), mas também de outrem como o médico, a família e o pessoal de enfermagem. Elas podem ocorrer durante todo o processo vivenciado pelo paciente:

"Leila internou um dia antes para fazer exames. Agora está esperando o parecer do cardiologista". (Notas de Observação)

Depois de "aguardar as definições", o paciente tem que "aguardar o acontecimento" chegar. Ele não espera mais a definição de algo mas o próprio evento ou fato em si. Espera chegar a hora marcada para o evento. Ele aguarda, por exemplo, o dia marcado para a internação, a cirurgia, o preparo para a cirurgia e a alta (quadro nº 8):

"Marli já estava bem, sô aguardava poder retirar a sonda vesical para receber alta". (Nota de Observação)

Por último, após ter "aguardado o acontecimento", ele "aguarda o retorno", a volta gradativa à sua rotina de vida, a sua "normalidade". Como está exemplificado no quadro nº 8, ele aguarda acordar da anestesia, acabar com o sofrimento físico e voltar para casa:

"Agora estou esperando a hora de ir embora". (Antônio)

A segunda idéia presente no "Esperando", é a "tendo um misto de sentimentos", que está relacionada com os sentimentos experimentados pelo paciente, enquanto ele vive o "aguardando". São sentimentos que coexistem. Não excluem um ao outro, apesar de um deles poder ser mais forte e mais evidentemente expresso que os demais. A força de cada um dos sentimentos depende em grande parte das caracte rísticas pessoais do paciente e da situação (quadro nº 9).

Quadro nº 9: "Tendo um misto de sentimentos" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- espera dias melhores, espera a felicidade</li> <li>- acredita que sairei outra da qui do hospital com mais vontade de viver</li> </ul>	<p>Esperança de um Futuro Melhor</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- espera não morrer</li> <li>- espera dar tudo certo na operação</li> <li>- espera voltar bem para casa</li> <li>- espera não ter mais que voltar</li> </ul>	<p>Esperança no Sucesso do Tratamento</p>	<p>"Tendo Esperança Boa"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- espera ficar boa logo</li> <li>- espera sarar logo</li> </ul>	<p>Esperança na Recuperação Rápida</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- parece que vai morrer na anestesia</li> <li>- tem a impressão de que vai morrer</li> <li>- achava que não voltaria viva da cirurgia</li> <li>- achava que ia morrer</li> <li>- pensava que poderia morrer na anestesia, que poderia não acordar</li> <li>- pensava que poderia morrer na operação</li> <li>- fala em morrer</li> </ul>	<p>Podendo Morrer</p>	<p>"Tendo Sensação Ruim"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- parece que vai ser cortada e vai ver e sentir tudo</li> </ul>	<p>Podendo ver e Sentir a Operação</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- acha que vai dor</li> </ul>	<p>Podendo doer</p>		<p>"Tendo um Misto de Sentimentos"</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- quer que a operação seja de manhã e não de tarde</li> <li>- quer que a operação fosse o mais cedo possível</li> <li>- quer que a hora passe de pressa até a cirurgia</li> <li>- quer ir embora o quanto antes</li> <li>- quer se livrar logo disso</li> <li>- já que tem que ser que seja de uma vez</li> <li>- quer que a operação tivesse sido ontem</li> </ul>	<p>Desejando Resolver Logo</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- já que tem que ser que seja de uma vez</li> <li>- quer que a operação tivesse sido ontem</li> </ul>		<p>"Desejando Encurtar o Tempo"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- a manhã parece mais comprida</li> <li>- parece que a hora de operar não chega</li> <li>- ficava olhando as horas</li> <li>- quanto mais esperava mais de morava</li> </ul>	<p>O Tempo não Passando</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não queria que chegasse o dia de internar</li> </ul>	<p>Não querendo que Chegasse a Hora</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ... não fez logo os exames</li> <li>- ficou em casa uma semana antes de ir ao médico</li> </ul>	<p>Não indo Logo</p>	<p>"Querendo Prorrogar"</p>	

Como parte do "tendo um misto de sentimentos", foram identificados dois grupos de sentimentos distintos. Há um grupo que está relacionado com o sucesso da experiência, como é o caso do "tendo esperança boa" e "tendo sensação ruim" (quadro nº 9). Ocorre quando o paciente tem esperança de um futuro melhor, do sucesso no tratamento e de uma recuperação rápida ao mesmo tempo que tem a sensação de que pode morrer, de que pode sentir toda operação e sentir dor. Isto é característico no aguardar eventos que envolvam algum risco ou ameaça:

"Acredito que sairei outra do hospital, com mais vontade de viver". (Aparecida)  
 "Parece que vou ser cortada e vou sentir tudo". (Ana)

Há também outro grupo de sentimentos que está mais relacionado com a duração e manipulação do tempo que antecede ao evento aguardado. É o caso dos sentimentos "desejando encurtar o tempo" e "querendo prorrogar" (quadro nº 9). O misto de sentimentos se manifesta no desejo do paciente de que o momento esperado chegue logo, na sensação de que o tempo não passa e na vontade concomitante de que a hora não chegue:

"Quanto mais esperava a hora da operação mais demorava". (Sueli)  
 "Queria que a operação fosse o mais cedo possível". (Sandra)  
 "Não queria que chegasse o dia de internar". (Eliana)

O "aguardando" e o "tendo um misto de sentimentos" estão intimamente relacionados, são vividos de forma integrada pelo paciente. Percebe-se que é a necessidade de "aguardar" que leva a "ter um misto de sentimentos". É a necessidade de ter que "aguardar" que leva à "sensação

ruim" e a "esperança boa". É ela que também desperta no paciente o "desejo de encurtar o tempo" e o desejo de "prorrogá-lo":

"A espera faz ficar mais nervoso; quanto mais cedo operar melhor". (Pedro)

O "Esperando" e o Processo Espaço-Temporal vivida pelo Paciente Cirúrgico:

O "Esperando" está presente em todo o processo vivido pelo paciente cirúrgico. Há, no entanto, alguns momentos em que determinados aspectos do "Esperando" tendem a aparecer com maior força ou expressão (diagrama nº 13). Em casa, logo após a notícia da cirurgia é comum o "aguardando definições". Após terem sido definidos os prazos dos principais eventos, o "aguardando acontecimento" é que é o mais evidente. Isto tende a ocorrer especialmente do final do segundo até o final do terceiro estágio (diagrama nº 13). O "aguardando retorno" por sua vez, já é mais evidente no quarto estágio, quando a alta se aproxima (diagrama nº 13):

"Ainda tive que esperar para eles arrumarem o equipamento todo ...". (Maria)

"Tive que esperar 45 minutos no Centro Cirúrgico ... É que chegou uma cesária". (Aparecida)

"Quero ir embora do hospital o quanto antes". (Luiz)

O "tendo um misto de sentimentos" também está nitidamente presente, durante todo o processo vivido pelo paciente, tendendo a destacar-se como maior ou menor força em determinadas épocas. Há tendência de haver predominância do "querendo prorrogar" sobre os demais sentimentos,

para alguns pacientes no final do segundo estágio, até o início do terceiro estágio. O "tendo sensação ruim" geralmente será forte no terceiro estágio, assim como também o "desejando encurtar o tempo". O "tendo esperança boa" se torna mais evidente no final do terceiro estágio e no início do quarto estágio (diagrama nº 13):

"Fiquei com medo e não fiz logo os exames. Só após 15 dias. Foi identificada a pedra mas mesmo assim fiquei em casa uma semana até ir ao médico". (Maria)

"Antes da operação pensei que poderia morrer ...". (Pedro)

"Após a cirurgia Sandra falava que ia morrer". (Nota de Observação)

"Espero me sentir melhor após a operação". (Pedro)

#### O "Esperando" tem um fim:

Quando o evento acontece ou o prazo marcado é vencido, o problema que lhe perturbava é ultrapassado e a espera daquele evento específico deixa de existir. O paciente não tem mais necessidade de "aguardar" o evento e "tendo um misto de sentimentos" desaparece. Surge em seu lugar a sensação de alívio:

"Estou aliviada com a alta. É como se tivesse tirado um peso de mim". (Luiz)

"Estou aliviado que a operação já passou". (Paulo)

"Estou livre, pelo menos não vou mais sofrer dessa dor no rim". (Marisa)

Há vários eventos e problemas que quando ocorrem e são superados levam o paciente a ter a sensação de alívio. Foram identificados três: a cirurgia, o desconforto físico e a alta hospitalar.

O alívio em relação à cirurgia tende a se manifestar nos primeiros dias que se seguem à sua realização, pe

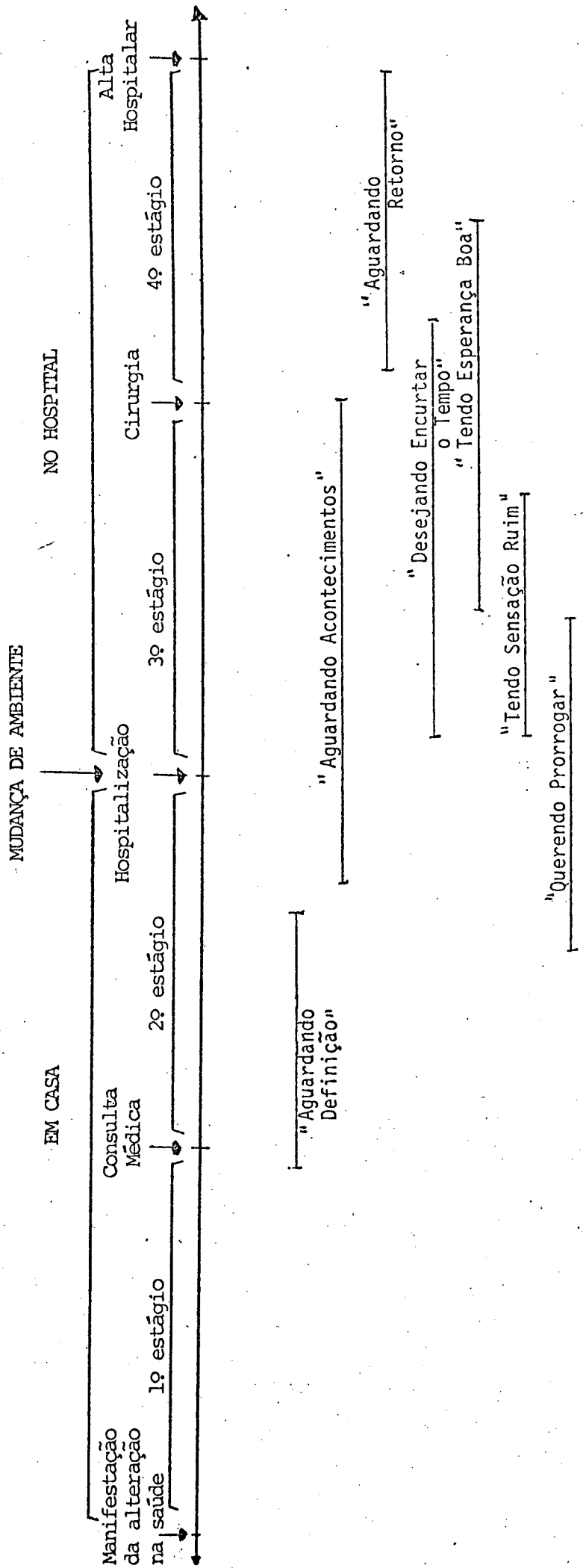


Diagrama nº 13: O "Esperando" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.



lo fato de já ter passado pelo risco cirúrgico e já ter resolvido seu problema de saúde:

"Estou aliviada por já ter passado a operação. Estou mais sossegada pois não terei mais o problema ...". (Tereza)

A sensação de alívio também pode estar relacionada com a diminuição da dor e com a retirada de sondas, ou seja, com a diminuição do desconforto físico e o retorno gradativo à rotina de vida. Esta tende a ser mais evidente no meio do quarto estágio do processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico:

"Quando retiraram a sonda foi aliviando".  
(José)  
"... a dor alíviou". (Sueli)

A alta é outro evento que pode gerar no paciente a sensação de alívio de já ter passado pela experiência de hospitalização e estar voltando para casa. Esta sensação de alívio, tende a ser mais comum no final do quarto estágio do processo, quando o médico já liberou o paciente para voltar para casa:

"Estou aliviado com a alta". (Luiz)

Para o paciente cirúrgico, "estar aliviado" significa mais do que a alegria de já ter passado pelo que lhe era desagradável. "Estar aliviado" envolve a sensação de estar mais livre, de terem lhe tirado um peso, de estar se sentindo melhor e mais sossegado:

"Estou me sentindo melhor após a cirurgia. Estou contente dela já ter passado."  
(Manoel)  
"Estou aliviado com a alta ... é como se tivesse tirado um peso de mim". (Luiz)

O "Esperando" e sua relação com "Tendo Perturbações Físicas" e o "Buscando Solução":

A vivência do "Esperando" acontece em decorrência do surgimento do "Tendo Perturbações Físicas". A perturbação física e o desejo do paciente de resolvê-la é que fazem com que ele vá ao médico e opte por operar. É em consequência dessa sua opção, que os eventos e problemas característicos do processo vivenciado assumem a forma de prazos marcados, que precisam ser esperados. Essa espera não é fácil para o paciente pois é algo a que ele necessariamente tem que se submeter: não pode acabar com ela e nem deixar de vivê-la assim como muitas vezes deseja. Por isso, nesta situação, o "Buscando Solução" se expressa geralmente no componente "tentando tirar da mente".

Discussão do "Esperando":

A vivência do "Esperando" e seus dois componentes: "aguardando" e "tendo um misto de sentimentos", não foi explorada em nenhum outro estudo no âmbito da enfermagem brasileira. É conveniente por isso fazer menção ao estudo de KÜBLER-ROSS (1981:49-147), que identifica algumas emoções ou atitudes características na pessoa que está esperando a morte: negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A esperança, segundo Kübler-Ross, é algo que, ao mesmo tempo, também marca esse período de vida. Apesar do sujeito da pesquisa de Kübler-Ross não estar aguardando a cirurgia, mas sim a morte, ela também identificou sentimentos característicos deste período de tempo. A semelhança entre as reações identificadas por Kübler-Ross e os sen

timentos identificados no presente estudo talvez se deva ao fato de para o paciente a cirurgia trazer consigo a possibilidade de morte.

A esperança faz parte do "Esperando", que o paciente cirúrgico vivencia. Ele tem esperança de sucesso, de recuperação rápida e de um futuro melhor. A depressão citada por Kübler-Ross não é parte do "Esperando", apesar de ser algo próximo da sensação ruim. As outras reações, mesmo podendo fazer parte da experiência, não integram especificamente o "Esperando", conforme vivenciado pelo paciente cirúrgico. A diferença entre as reações identificadas por Kübler-Ross e os sentimentos que são parte do "Esperando", está relacionada com o fato de que os eventos que precisam ser aguardados são diferentes; no primeiro caso é a morte, no segundo, a cirurgia.

Na prática tem se visto que a consciência que o enfermeiro tem do constante "Esperando" que o paciente vive, ainda é relativamente pequena. Ele pouco se lembra do misto de sentimentos que o paciente experimenta durante esse tempo. Há esperas que poderiam ser abreviadas pela equipe de enfermagem, mas nem sempre o são. Este é o caso de informação adequada sobre sua evolução e sobre os cuidados necessários, da realização dos curativos e dos cuidados dos cuidados pré-operatórios.

#### D) "Perdendo Controle!"

Está doente, ter que hospitalizar-se e operar leva o paciente a viver situações em que percebe que não se

basta. Ele nota que precisa recorrer a outras pessoas. Que não é mais tão capaz de dirigir e definir a situação, sua vida, a si mesmo e a vida de outros. Experimentar a perturbação física e a necessidade de aguardar definições de acontecimentos e o retorno a sua rotina de vida, lembram-no dos seus limites. Durante o processo vivenciado, sua liberdade, autonomia, independência física e poder de decisão diminuem.

Esse tipo de vivência transparece durante todo o processo vivenciado pelo paciente cirúrgico. Em casa, com o surgimento das perturbações físicas, mesmo antes de ir ao médico e de ter notícia da necessidade da cirurgia, a capacidade do paciente de dirigir sua própria vida e a dos outros diminui. Ela não consegue mais fazer tudo como antes (diagrama nº 14):

"Eu não podia mais fazer o trabalho do místico". (Maria)

Após a consulta médica e a notícia da cirurgia, além da limitação da sua capacidade, se evidencia outro tipo de experiência, a incerteza, a dúvida e a sensação de perda, que ele expressa em afirmação do tipo (diagrama nº 14):

"Parecia que o mundo estava acabando.  
Era como se tivessem tirado um pedaço de mim". (Fátima)

No terceiro estágio do processo espaço-temporal, com a hospitalização, a sua limitação da independência física, a incerteza, a dúvida e a sensação de perda continuam presentes, sendo a estas acrescida a necessidade de sair de sua casa e ter que ficar no hospital (diagrama nº 14):

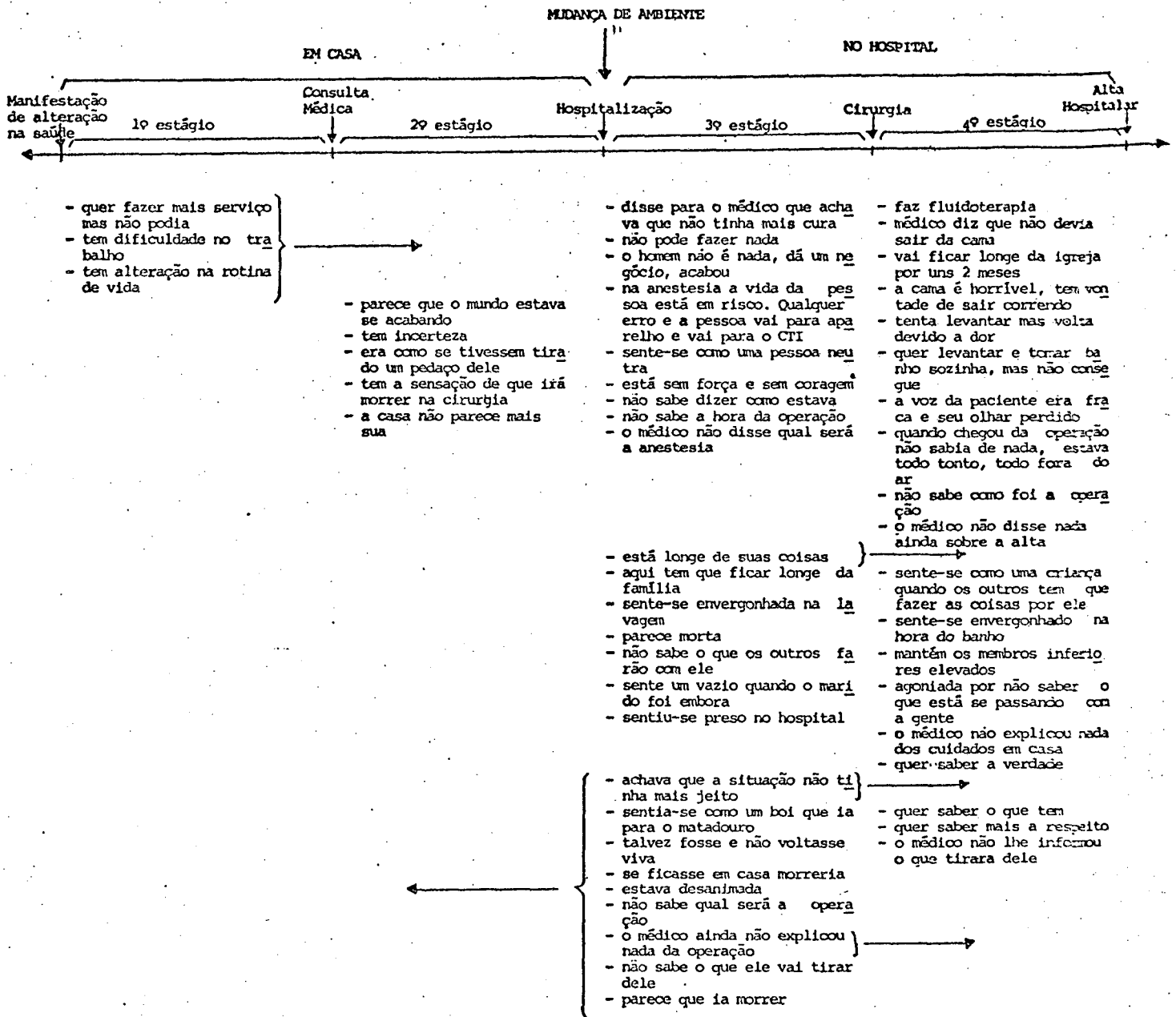


Diagrama nº 14: Vivência de situações e percepções do Paciente de que ele não se basta e de que não é mais tão capaz de dirigir sua vida e a vida de outros.

"Tenho horror ao hospital, é como pri  
são". (Luiz)

"Na anestesia a vida da pessoa está em  
risco. Qualquer erro e a pessoa vai para  
o aparelho e vai para a UTI". (Pedro)

Após a cirurgia, no quarto estágio do processo,  
já se evidenciam mais as experiências relacionadas à sua  
independência física (diagrama nº 14):

"Estava com dor e tive que tomar banho  
na cama". (Marlene)

"Eu queria sair da cama, mas doia". (Ma  
risa)

"Sinto-me como uma criança quando os ou  
tros tem que fazer as coisas por mim".  
(Sandra)

A este tipo de experiências e situações que envol  
vem o fato de o paciente não bastar mais a si mesmo e de  
não ser mais tão capaz quanto até então para dirigir sua  
vida e a dos outros, é que se deu o nome de "Perdendo Con  
trole".

Para o paciente cirúrgico, "Perdendo Controle" é al  
go que envolve tanto a situação vivida quanto os sentimen  
tos experimentados nessa ocasião. A situação inclui basic  
mente dois fatos: o de não estar mais conseguindo cuidar  
de si, como antes, e o de não estar sabendo muitas das coi  
sas que envolvem a situação de doença, hospitalização e ci  
rurgia. Cada um desses elementos foi identificado como um  
componente do "Perdendo Controle". O primeiro recebeu o nome  
de "não conseguindo cuidar de si" e o segundo de "não sa  
bendo" (quadro nº 10).

Quadro nº 10 - O "não conseguindo cuidar de si" e o "não sabendo" e seus componentes.

- fazer fluidoterapia	Tendo os Movimentos Limitados	"Ficando Mais Preso"	"Não Conseguindo Cuidar de Si"
- o médico dizendo que não devia sair da cama			
- amarraram pernas e braços	Tendo as Atividades Limitadas		
- a cama é horrível, tem vontade de sair andando			
- vai ter que ficar dois meses parado, vai ficar doido	Deambulando		
- vou ficar longa de Igreja uns dois meses			
- tenta levantar da cama, mas volta devido a dor	Cuidando de Si	"Não Tendo Condições de Fazer"	
- queria levantar e tomar banho sozinha, mas não conseguiu	Cuidando da Casa		
- queria fazer mais serviço mas não dá	Incerteza	"Estando Confuso"	
- não sabe dizer como estava	Estando Sob Efeito de Medicação		
- tem incerteza	Não Sabendo o que farão	"Não Sabendo"	
- quando chega da operação não sabe de nada, estava todo tonto, todo fora do ar	Não Sabendo o que está Acontecendo		
- não sabe o que farão com ele, se estão rindo ou trabalhando com amor ...	Hora da Cirurgia	"Desconhecido"	
- é uma agonia não saber o que está se passando com ele	Tipo de Anestesia		
- não sabe a hora da operação	Tipo de Operação		
- o médico não explicou nada da operação	Cuidados		
- não sabe como foi a operação	Data da Alta		
- não sabe o que tirou de mim			
- o médico ainda não explicou nada dos cuidados em casa			
- o médico não disse nada ainda sobre a alta			

"Não conseguindo cuidar de si" está relacionado com a limitação na independência física que o paciente experimenta. A doença, a hospitalização e a cirurgia levam-no a ficar mais preso, a ter seus movimentos e atividades limitados. Como consequência ele não tem condições de fazer coisas como deambular, cuidar de si e da casa (quadro nº 10):

"O médico disse que hoje de manhã eu não deveria sair da cama e que devia ficar com as pernas levantadas". (Miriam)

"Tentei levantar da cama, mas voltei devido à dor". (Fátima)

O "não sabendo" está relacionado com a falta de esclarecimento, a falta de condições para definir algumas coisas e a possibilidade de nem sempre estar bem consciente. Consiste de dois componentes, o "estando confuso" e o "desconhecido" (quadro nº 10). Ele está confuso quando não sabe definir a situação, seus sentimentos ou quando está sob efeito da medicação. Nesse caso, suas idéias não estão bem claras. Ele "desconhece", ocorre quando não sabe o que os outros farão com ele e quando não sabe o que está se passando. Ele desconhece qual será a atitude da equipe de saúde para com ele. Ele não sabe como irão cuidar ou tratar dele. Ele também "desconhece" a hora da cirurgia, o tipo de anestesia, o tipo de operação, os cuidados e a data da alta:

"A gente não sabe o que farão com a gente. Se estão rindo ou tratando com amor...". (Tânia)

"O médico não me explicou nada da operação e nem dos cuidados em casa". (Antônio)

Os sentimentos experimentados pelo paciente enquanto ele vive o "Perdendo Controle" estão expressos no



componente "tendo sensações" que inclui as sensações de limite e de perda (quadro nº 11).

Quadro nº 11: "Tendo sensações" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- disse para o médico que achava que não tinha mais cura</li> <li>- achava que a situação não tinha mais jeito</li> <li>- parece que o mundo estava se acabando</li> </ul>	<p>Tendo a Sensação de Fim</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- não pode fazer mais nada</li> <li>- o homem não é nada, dá um negócio acabou</li> </ul>	<p>Tendo a Sensação de Impotência</p>	<p>"Tendo Sensação de Limite"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sente-se como uma pessoa neutra</li> <li>- estava desanimada</li> <li>- estava sem força e sem coragem</li> <li>- a voz da paciente era baixa e seu olhar perdido</li> </ul>	<p>Estando Desanimado</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- era como se tivesse tirado um pedaço dele</li> <li>- parecia morta</li> <li>- sente-se como uma criança quando os outros tem que fazer as coisas por ele</li> <li>- senti vergonha do banho e da lavagem</li> </ul>	<p>Tendo a Sensação de Perder a Si Mesmo</p>	<p>"Tendo Sensação de Perda"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- a casa não parece mais dele</li> <li>- estava longe de suas coisas</li> <li>- aqui tem que ficar longe da família</li> </ul>	<p>Tendo a Sensação de Perder Algo Seu</p>		

"Tendo sensação de limite" está relacionado com o sentimento que o paciente experimenta ao constatar suas limitações. Envolve três sensações: de fim, de impotência e de estar desanimado. A "sensação de fim" refere-se ao sen

timento de não ter mais solução e de que o mundo acabou. A "sensação de impotência" ocorre quando o paciente reconhece que ele não pode fazer mais nada e de que na verdade o homem é frágil. O "estando desanimado" por sua vez, refere-se ao sentimento de desânimo, indisposição e apatia:

"Eu disse para o médico que achava que não tinha mais cura". (Fátima)  
 "O homem não é nada, dá um negócio, acabou". (Paulo)

"Tendo sensação de perda" acontece quando o paciente tem que abrir mão de algo que considera seu ou de algo que faz parte do seu contexto de vida. Consiste das sensações "perdendo a si mesmo" e "perdendo algo seu". No primeiro caso, ele sente como se estivesse perdendo um pedaço de si mesmo, sua vida ou sua individualidade. No segundo caso, ele sente a perda do contato com seus pertences e do convívio com seus familiares e amigos:

"Parecia que eu ia morrer". (Fátima)  
 "A tricotomia é chata. Ainda mais quando é pessoa velha na mão de gente jovem".  
 (Oscar - Nota do Pesquisador: a tricotomia era na região pubiana)

Os três componentes do "Perdendo Controle" estão bastante relacionados. É o componente "não conseguindo cuidar de si" que desperta no paciente o "tendo sensações". O componente "não sabendo" também influencia esta relação. O fato do paciente ter pouco conhecimento e esclarecimento quanto à situação pode levar à intensificação da "sensação de limite". Mesmo assim, há pacientes que preferem não saber para não tomar conhecimento da realidade. Nesse caso, apesar do "não sabendo" intensificar o "Perdendo Controle", é algo desejado pelo paciente:

"Não quero saber como será a operação, gostaria de já ser anestesiada na uni  
dade". (Marisa)

O "Perdendo Controle" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico:

Tanto a situação quanto os sentimentos que caracterizam o "Perdendo Controle" estão presente durante todo o processo vivenciado pelo paciente cirúrgico. Há, no en  
tanto, épocas, momentos ou estágios em que determinados as  
pectos tornam-se mais evidentes (diagrama nº 15).

O fato de o paciente "não conseguir cuidar de si", como antes, é algo que ele pode perceber mesmo antes de ir ao médico, mas se torna muito mais evidente logo após a ci  
rurgia, quando o desconforto físico está mais presente, li  
mitando-o até nas suas atividades de higiene. O "não sa  
bendo" também já está presente desde o início do processo, mas o desconhecimento da situação e de si mesmo transpare  
ce muito mais no terceiro e parte do quarto estágio, ou se  
ja, a partir do momento que ele se interna. A "sensação de limite" começa a ter um maior destaque desde o momento que tem a notícia da cirurgia, até logo após sua realização , quando o paciente ainda está dependendo muito da ajuda dos outros. A "sensação de perda" é mais forte desde o momento em que ele é internado até logo após a realização da cirur  
gia, pois é quando ele perde o convívio com os amigos e a família, o contato com seus pertences, tem a sensação de que pode perder sua vida e sua individualidade (diagrama nº 15).

Pode-se notar assim que o "Perdendo Controle" é

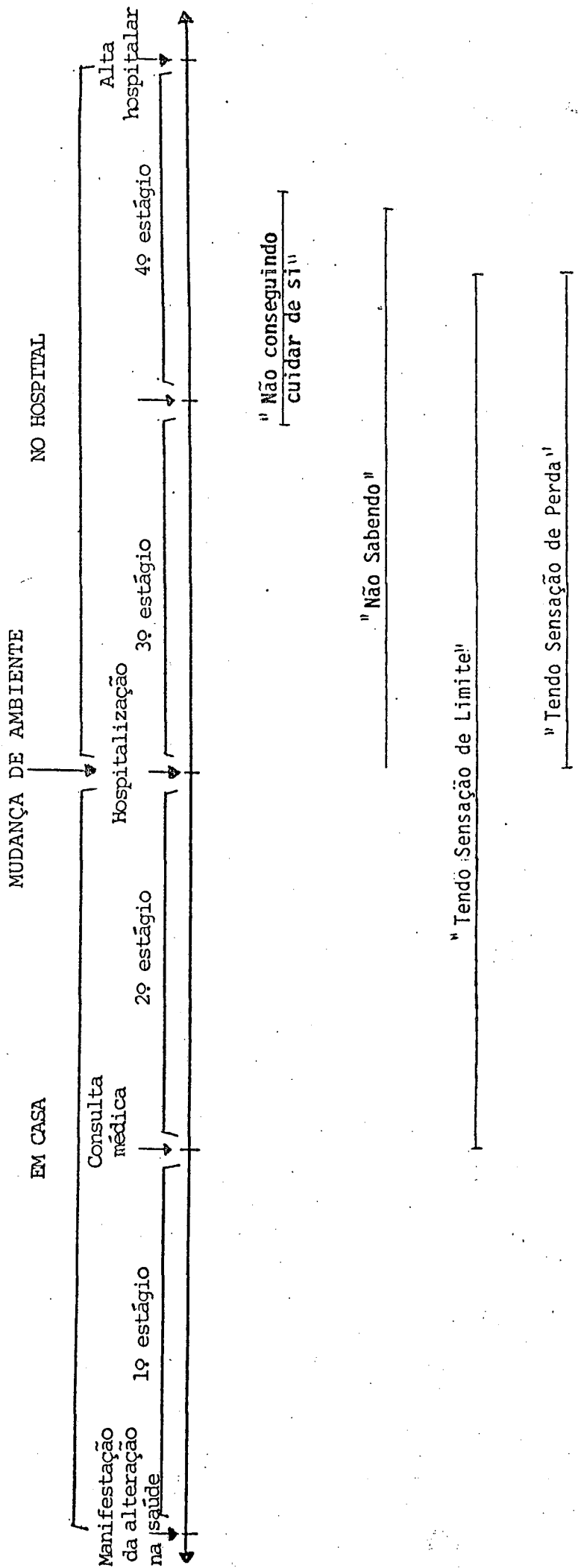


Diagrama nº 15: "Perdendo Controle" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

como uma onda que vai aumentando gradativamente de intensidade. Ela surge no momento em que o paciente percebe as perturbações físicas e vai aumentando gradativamente de intensidade com a notícia da cirurgia, com o fato de ter que sair de casa e ir para o hospital, atingindo seu ponto culminante no momento em que o paciente tem que passar pelo risco da cirurgia e pelas perturbações físicas consequentes. Depois da realização da cirurgia, o "Perdendo Controle" vai diminuindo gradativamente de intensidade até a alta hospitalar.

A intensidade do "Perdendo Controle" também depende de outros fatores, além do momento vivido pelo paciente dentro do processo espaço-temporal. As características pessoais do paciente e as características particulares da situação são dois destes fatores. Um paciente mais ou menos independente ou uma situação mais ou menos grave poderá alterar a intensidade com que o paciente experimenta o "Perdendo Controle". Uma equipe de saúde mais ou menos acessível ou autoritária também pode influenciar.

Após a cirurgia, quando o paciente começa a reclamar um maior controle da situação, podem ocorrer conflitos com a enfermagem. Tanto o paciente, quanto a enfermagem, podem querer tomar as decisões relativas à recuperação. Os conflitos acontecem quando as opiniões divergem e o paciente não se submete facilmente à opção considerada como a melhor pela enfermagem:

"Um funcionário quis me obrigar a sair da cama. Ai briguei com ele. Fiquei nervosa, chorei. Eu queria fugir do hospital". (Fátima)

O "Perdendo Controle" e sua relação com a "Tendo Perturbação Física", "Buscando Solução" e "Esperando":

A situação e os sentimentos experimentados pelo paciente no "Perdendo Controle" não é algo isolado. Está relacionado com as categorias "Tendo Perturbações Físicas", "Buscando Solução" e "Esperando".

As manifestações físicas e as mudanças corporais, ou seja, as "Perturbações Físicas", são as que desencadeiam todo o processo. É em consequência delas e por estar intimamente relacionado com elas que o "Perdendo Controle" acontece. A alteração na rotina de vida e o desconforto físico provocado pela "Perturbação Física" leva o paciente a tornar-se menos independente fisicamente. Leva-o a "não conseguir cuidar de si" (quadro nº 10). Leva-o a ter mais presente a "sensação de limite", pois percebe sua impotência. A "sensação de perda" também tende a aumentar, pois ele perde, em parte, sua privacidade e independência (quadro nº 11).

Refletindo sobre a relação existente entre as categorias "Perdendo Controle" e "Buscando Solução", percebe-se que o componente "não sabendo" é o que está mais estreitamente ligado à categoria "Buscando Solução". Quanto mais evidente for para o paciente o "não sabendo" (quadro nº 10), tanto mais difícil será para ele participar e encontrar soluções adequadas para os seus problemas. Apesar de haver pacientes que em algumas situações preferem desconhecer a realidade, para a maioria deles a impossibilidade de soluções adequadas, tomadas com conhecimento da situação, tendo a evidenciar as sensações de limite e de perda

(quadro nº 11).

O "Esperando", vivido pelo paciente, também tem relação com a vivência do "Perdendo Controle". O fato de o paciente ter que "aguardar" (quadro nº 8) as definições, os acontecimentos e o retorno à sua rotina de vida, fazem-no lembrar-se de que é alguém limitado; que mesmo "tendo um misto de sentimentos" (quadro nº 9) e desejando encurtar o tempo, ele não tem poderes para fazê-lo: tem que "aguardar", mesmo não querendo. Isto evidencia sua "sensação de limite".

#### Discussão do "Perdendo Controle":

A experiência de perder o controle não foi ainda explorado com maior profundidade em estudo desenvolvido no âmbito da enfermagem brasileira, apesar de ela ter sido identificada como parte da experiência do paciente. Mesmo não tendo sido desenvolvido por enfermeiros, foram encontrados três textos e uma pesquisa fenomenológica que exploraram um pouco a questão da perda do controle.

SOUZA (1982:49:51), numa abordagem psiquiátrica da experiência do paciente cirúrgico, diz que a cirurgia exige "regressão e dependência progressivas, para, no pós-operatório, ir, também de modo paulatino, reformando a atividade e independência anteriores". Além dos conflitos ligados à questão da dependência e independência, o paciente também sente-se preso, passivo, à mercê da capacidade profissional de alguns indivíduos. Para ele, a experiência da cirurgia inclui também a vivência da ameaça potencial à existência, pois a anestesia está associada à morte. Estes

comentários de SOUZA confirmam a existência dos três componentes do "Perdendo Controle": "não conseguindo cuidar de si", "tendo sensação" e "não sabendo". O fato de estar mais dependente, mais preso e passivo, evidencia o "não conseguindo cuidar de si". O fato de estar a mercê da capacidade de profissional de outrem, evidencia o "não sabendo". Os resultados do estudo de RODRIGUES (1984:165), confirmam isto ao identificar que quase a metade dos pacientes foi encaminhada ao centro cirúrgico sem orientação. Por último, a ameaça potencial à existência, evidencia o "tendo sensações".

O trabalho de STEDEFORD (1986:49-56) também evidencia dois dos componentes da categoria "Perdendo Controle". Ele, observando e analisando a vivência do paciente terminal, revelou haver vivências semelhantes entre os paciente terminal e o paciente cirúrgico, já que a possibilidade de morte é algo real para o paciente cirúrgico. Ele diz que a "maioria das pessoas jamais medita sobre a morte", mas o fato de estar vivendo numa situação de morte incerta num prazo conhecido, quando o problema seria resolvido, traz à tona a possibilidade da morte. Para ele, durante a primeira metade da vida, o conhecimento de que somos mortais permanece inconsciente a maior parte do tempo. Agora, diante da possibilidade da morte, as defesas são rompidas e o paciente imagina o que aconteceria se morresse. Segundo Stedeford, o curso da morte envolve também a vivência da perda progressiva do controle sobre a própria vida, a autonomia e a independência. "Mesmo que parcialmente ilusório, gostamos de sentir que controlamos o que está nos



acontecendo e também gostamos de escolher o que fazer e quando fazer". O primeiro dos componentes do "Perdendo Controle" que é evidenciado por essas observações e análises, é pois, o "não sabendo", já que a incerteza do que há pela frente faz com que o paciente não saiba definir as coisas. O segundo componente é "tendo sensação", já que nesta situação o paciente começa a pensar na possibilidade da morte, além de experimentar a perda progressiva do controle de sua própria vida, da autonomia e da independência.

OLIVIERI (1985:32), desenvolvendo uma pesquisa fenomenológica junto a pacientes terminais, também identificou algumas vivências muito semelhantes ao "não sabendo" e a "tendo sensação de perda". Ele observou, primeiramente, que o paciente apresenta reações diante do ambiente hospitalar desconhecido, que está associado com o desconhecimento das medidas médicas e as dúvidas quanto o futuro. OLIVIERI (1985:59) também diz que o paciente, em geral, não quer ser doente, quer ser são, quer ser o que ele era antes. "Para fugir do desespero do doente opta por perder ou restringir a sua liberdade, modifica os seus hábitos de vida, adota o controle do hospital, sujeitando-se inteiramente a outro ser que o comanda, seu médico". Isto é muito semelhante ao componente identificado neste estudo - "tendo sensação de perda". Dentre os seis principais sentimentos identificados por OLIVIERI (1985:24), cinco estão relacionados ao "Perdendo Controle", perda da liberdade, perda do auto-controle, perda da privacidade e de espaço, perda da auto-imagem, insegurança do futuro. Todos estes confirmam a importância que tem na experiência da hospitalização o

### "Perdendo Controle"

Por último, há o trabalho de CARLSON (1979:72-86), desenvolvido no âmbito da enfermagem norte-americana. Ela, estudando o conceito da perda define-a "como uma mudança na situação do indivíduo, que reduz a probabilidade de alcançar objetivos implícitos ou explícitos" (CARLSON, 1979:73). A seriedade da perda está relacionada com a importância do objetivo que se torna menos acessível ou até inacessível, e com a extensão do objetivo extinto. Os objetivos estão relacionados com os desejos, esperança e possibilidade da pessoa em alcançá-los.

Segundo CARLSON (1979:74) os objetivos podem variar quanto a seus aspectos específicos, sua relação com outros objetivos e efeito do alcance do objetivo. Ela aponta três fatores que podem influenciar a experiência de perda: os fatores objetivos, as características pessoais e recursos externos. Os fatores objetivos incluem as características dos eventos, sem considerar a influência do significado subjetivo, como sua visibilidade, a duração, a rapidez com que a mudança ocorre, a extensão da mudança física, a estrutura em função, o tempo necessário para o tratamento, a reaprendizagem e a reconstrução, e as condições financeiras. Nas características pessoais estão incluídos aspectos do tipo: clareza dos objetivos, número de objetivos relevantes, centralidade, compatibilidade dos objetivos, mecanismos de enfrentamento, flexibilidade, motivação, entre outros. Nos recursos externos estão incluídos os recursos como pessoas, aspectos físicos do ambiente, emprego, oportunidade educacional. A perda também

pode variar quanto a sua natureza. CARLSON (1979:78-82) aponta como dimensões da perda as mudanças na pessoa, as mudanças em parte do corpo ou nas suas funções, as mudanças nas condições de objetos inanimados e outras perdas mais abstratas, como liberdade, alegria, esperança, certeza, entre outros. Para avaliação da perda sentida é necessário verificar que mudanças ocorreram com a hospitalização e tratamento.

O "Perdendo Controle" que o paciente experimenta é uma perda mais abstrata, mas que está intimamente relacionada com as mudanças em parte do seu corpo ou em suas funções, com a perda temporária de objetos familiares, com a perda de sua casa e com mudanças ocorridas na própria pessoa. De acordo com CARLSON (1979:73), a perda experimentada pelo paciente cirúrgico, mesmo sendo temporária, é grande, pois durante certo tempo, muitos de seus objetivos não podem ser alcançados ou só o serão com maior dificuldade. O objetivo principal, cujo alcance é dificultado, parece ser o desejo de controlar a situação, o desejo de independência e de autonomia.

A pergunta que fica para a enfermagem é: como pode-se auxiliar o paciente nesta experiência? Mesmo que não haja muita clareza neste sentido, sabe-se que facilitar sua chegada ao hospital, ou, especificamente, à unidade, esclarecê-lo quanto o ambiente hospitalar, para que não o perceba tão estranho, são formas de auxílio. Além disto, é importante que a enfermagem saiba compreender o paciente com seus conflitos e resistência quanto a perda do controle, especialmente, no tempo próximo à realização da cirur

gia. A enfermagem tem a oportunidade única de auxiliá-lo na reconquista do controle após realização da cirurgia.

E) "Sofrendo Emocionalmente":

O paciente cirúrgico experimenta uma série de emoções percebidas como desagradáveis, ruins ou negativas e que o fazem sofrer. Estas emoções são sentidas e expressas durante todo o processo, desde a "manifestação das alterações na saúde" até a "alta hospitalar".

Em casa, após a percepção das perturbações físicas, mesmo antes de ir ao médico, é comum o paciente preocupar-se com o desconforto que vem sentindo, sentir medo de que seja algo grave, estar nervoso e ansioso (diagrama nº 16):

"Estava meio apavorado e ansioso". (Manoel)

No segundo estágio, após a notícia de que terá que ser operado, surgem emoções mais especificamente ligadas com a necessidade de internar e operar: a preocupação com a internação e com o atendimento a lhe ser dado no hospital, o medo da anestesia e da operação. É comum o paciente falar das mudanças ocorridas no seu comportamento (diagrama nº 16);

"Eu chorava por qualquer coisinha que tivesse ligação com a cirurgia". (Marli)  
 "Fiquei mais preocupado quando soube que teria que vir para o hospital. Fiquei apavorado". (Manoel)

No terceiro estágio, após o paciente se internar, as emoções de medo, o nervosismo, a agonia e a preocupação com a cirurgia e suas conseqüências se acentuam. Alguns

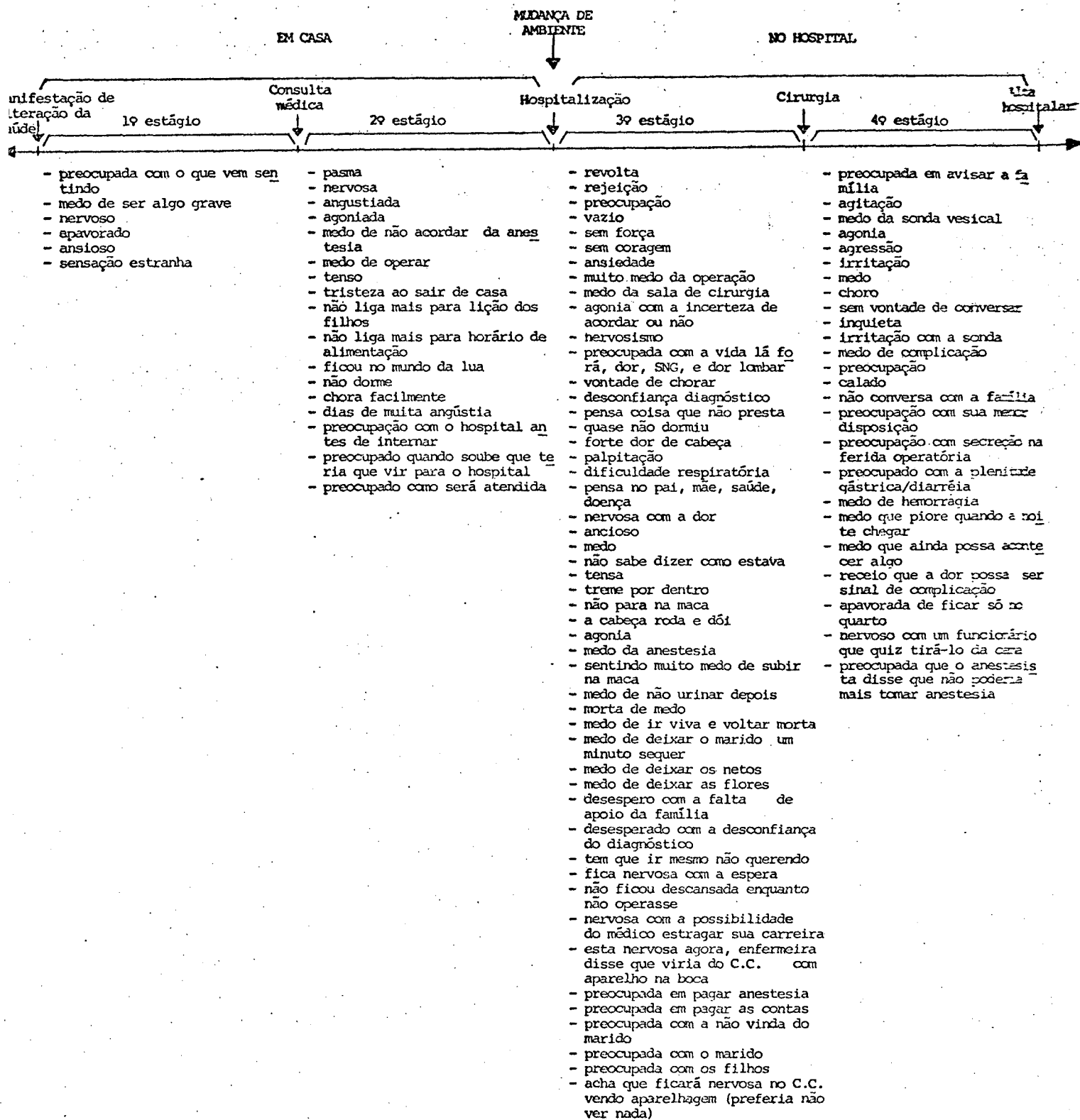


Diagrama nº 16: Sentimentos desagradáveis sentidos e expressos pelo Paciente Cirúrgico.

pacientes chegam a apresentar manifestações físicas (diagrama nº 16):

"Pensei que podia morrer. Cheguei até a sonhar. Estava com medo". (Sueli)

"Quase não dormi de noite, com dor de cabeça forte. Me deu falta de ar e palpitação". (Fátima)

No quarto estágio, após a realização da cirurgia, é comum o medo e a preocupação com possíveis complicações (diagrama nº 16):

"Estou preocupado com a sensação de estômago cheio, que estou sentindo depois de comer. Será que vou ter que operar de novo?". (Lauro)

"Estou com receio de que esta dor seja sinal de inflamação". (Marlene)

Estas emoções, percebidas pelo paciente cirúrgico, como desagradáveis, ruins ou negativas, que o fazem sofrer e que são sentidas e expressas durante todo o processo espaço-temporal, foram chamadas de "Sofrendo Emocionalmente". Para o paciente cirúrgico, o "Sofrendo Emocionalmente", se refere essencialmente aos sentimentos desagradáveis que ele experimenta, dos quais, quatro foram identificados: o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação".

O "medo" (quadro nº 12) é algo bem presente e concreto para o paciente, mesmo que as vezes ele tente escondê-lo. Envolve um certo receio ou temor de que algo desagradável aconteça. Ele tem medo de muitas coisas: da operação, da anestesia, de complicações pós-operatórias e da morte. Em síntese, ele tem "medo de algo específico", da cirurgia e suas consequências":

"Na maca senti medo. Foi o pior tempo que passei. Já devia ir adormecida". (Maria)

"Senti medo de não urinar depois da operação e de que fosse precisar de uma sonda". (Tânia)

Quadro nº 12: O "medo" e seus componentes.

- hoje está sentindo muito medo da operação	} Operação	} Da Cirurgia e suas Consequências	} "Medo de Algo Específico"	} "Medo"
- senti medo da sala de operação				
- ficou com medo na hora de subir na maca				
- na hora tive medo da anestesia	} Anestesia			
- tem medo da anestesia				
- senti medo de não urinar depois da operação e que fosse preciso uma sonda	} Complicação			
- senti medo que fosse ter uma hemorragia				
- senti medo que a dor pudesse ser uma inflamação				
- tem medo que piore quando a noite chegar				
- sente medo que pudesse ir viva e voltar morta	} Morte			
- Tem medo de deixar o marido um minuto sequer	} De deixar	} De Falta de Companhia		
- Tem medo de deixar os filhos/netos				
- tem medo de deixar as flores				
- tem medo de deixar o jardim				
- ficou apavorada quando ficou sozinha no quarto	} Ser Deixado			
- sente-se desesperada com a falta de apoio da família				
- estava morta de medo	} Da Situação no Todo		} "Medo de Algo Não Específico"	

"Tinha medo de não voltar mais. Eu nunca tomei anestesia e sempre tive medo".  
(Leila)

O paciente também tem outro tipo de medo específico, definido e conhecido por ele, o medo "de deixar" e de

"ser deixado", ou seja, "de falta de companhia":

"Tenho medo de deixar meu marido um minuto sequer". (Tânia)

"Fiquei apavorada, quando fiquei sozinha no quarto". (Fátima).

Além deste "medo de algo específico", o paciente ainda experimenta um medo mais geral, indefinido ou não/específico, expresso em palavras do tipo:

"Estava morta de medo". (Maria).

Partes destes medos estão relacionados com algo presente e real, que já está acontecendo. Como por exemplo o medo de estar só no quarto ou o medo da anestesia e da operação. Outra parte do medo está mais relacionada com fatos que podem, eventualmente, acontecer, como as complicações ou a morte:

"Tinha medo de não conseguir urinar de pois da operação". (Sílvia).

A "agonia" é um tipo de tensão interior, que o paciente experimenta (quadro nº 13). Envolve uma certa sensação de "angústia", "incerteza", "pressa" e "desagrado", diante de situação de ameaça, de ter que fazer algo que não deseja ou não poder fazer algo que deseja (quadro nº 13):

"Foram dias de muita angústia". (Tânia)

"Estou agoniada com ir e poder não voltar viva". (Marli)



Quadro nº 13 - A "agonia" e seus componentes.

- querer ir embora e não poder	} Não ter Alta	} " Desagrado "	} " Agonia "
- está agoniado com o <u>so</u> ro	} Soro e Sonda		
- está agoniada com a sonda			
- estava agoniada com ir e não voltar viva	} Possibi lidade de Morte	} " Incerteza "	
- agoniada, vai dormir e não sabe se vai <u>acor</u> dar			
- foram dias de muita <u>an</u> gústia	} Angústia	} " Angústia "	
- está agoniada para ir embora	} Alta	} " Pressa "	

O "nervosismo" pode ser descrito como uma tensão interior, que envolve um certo desassossego e intranquilidade. O paciente costuma dizer que "fica nervoso", quando está diante de situações de risco, de situações desagradáveis, de expectativa ou desconhecidas. Desta forma pode-se dizer que o "nervosismo" consiste numa certa sensação de expectativa, desagrado, risco e ansiedade (quadro nº 14):

"Não fiquei descansado enquanto não operasse". (Miriam)

"Acho que ficarei nervoso no centro cirúrgico, vendo aquela aparelhagem toda". (Marisa)

"Fiquei nervosa com um funcionário, que quis me tirar da cama". (Fátima)

Quadro 14 - O "nervosismo" e seus componentes.

- não ficou descansada enquanto não operasse	" Expectativa"	" Desagrado"	" Nervosismo"	
- ficou nervosa com a espera				
- está mais nervosa agora que sabe que virá do Centro Cirúrgico com aparelho na boca	Algo que terá que se Submeter			
- acha que ficará nervosa no Centro Cirúrgico vendo a aparelhagem toda				
- ficou nervosa com um funcionário que quis tirá-la da cama	Algo que não Concorda			
- está nervosa com a cirurgia	Cirurgia			" Risco"
- está nervosa com a anestesia	Anestesia			
- parece ansiosa com a cirurgia e anestesia mesmo dizendo não estar	Cirurgia e Anestesia	" Ansiedade"		
- estava ansiosa com a operação				

A "preocupação" (quadro nº 15) é o último dos quatro sentimentos desagradáveis identificados. Refere-se a uma sensação de apreensão e inquietação antecipada, que perturba o paciente. Há várias coisas com as quais o paciente se preocupa durante o processo espaço-temporal vivenciado por ele. Preocupa-se com as finanças: pagar anestesia, pagar as contas e com o seu trabalho; preocupa-se com a internação, com o hospital, o afastamento de casa, de sua rotina e com o atendimento, Preocupa-se também com a cirurgia e suas consequências, como a anestesia, as técnicas a que terá que se sujeitar e com a possibilidade de complicações. Por último, preocupa-se com sua situação de

saúde. com as perturbações físicas que podem ser indicati  
vas de alteração no curso de sua evolução e com os críscos  
envolvidos (quadro nº 15):

"Fico pensando nos meus filhos, em casa.  
A gente se preocupa ...". (Fátima)  
"Preocupei-me mais quando soube que te  
ria que vir para o hospital". (Manoel)

Assim como o "medo", a "**preocupação**" pode estar re  
lacionada com fatos que já estão ocorrendo e que podem  
eventualmente ser sinal de problema, como a dor ou a secre  
ção na ferida operatória. A preocupação também pode estar  
relacionada a fatos que ainda não estão ocorrendo, mas que  
podem vir a acontecer e trazer junto consigo dificuldades  
ou problemas. Há pacientes que se preocupam com a possibi  
lidade de complicações, por exemplo. Este é o caso típico  
de uma "Pré-Ocupação".

O "medo", a "agonia" e a "preocupação", sentimen  
tos que para o paciente integram o "**Sofrendo Emocionalmen**-  
**te**", estão bastante relacionados. Um mesmo fato pode provo  
car no paciente mais do que um dos sentimentos identifica  
dos. A operação pode gerar no paciente: "medo", "agonia" e  
"**preocupação**", por exemplo. Não ter notícias dos filhos po  
de gerar na mãe "nervosismo" e "**preocupação**". Quanto maior  
o "medo" e a "agonia", maior tenderá a ser a "**preocupação**"  
e o "nervosismo". Este conjunto de sentimentos é de alguma  
forma expresso no decorrer do processo espaço-temporal. Es  
sa expressão não é tão importante para o paciente quanto o  
é para a equipe de saúde, especialmente para a equipe de  
enfermagem. Ela pode se dar de diferentes formas, das quais  
foram identificadas três: "falando", "sendo diferente" e  
"**Tendo Perturbações Físicas**".

Quadro nº 15: A "preocupação" e seus componentes.

- está preocupada com o pagamento da anestesia	} Pagar Anestesia	} "Finanças"	} "Preocupação"
- está preocupada com as contas que tem que pagar			
- está preocupada, pois não está trabalhando	} Trabalho	} "Com os Outros"	
- está preocupada porque o marido não veio	} Marido		
- preocupa-se com a família	} Família		
- fica pensando nos seus filhos em casa. Fica preocupada ...	} Filhos		
- está preocupada com a dor	} Perturbações Físicas que Podem Indicar Alteração na Evolução	} "Situação de Saúde"	
- paciente está preocupado com a plenitude gás que vem sentindo			
- pergunta-se a secreção é normal			
- paciente demonstra estar preocupada com a diarreia que está sentindo			
- essa dor nas costas está preocupando			
- ficou preocupada com o que o anestesista disse - não poderia mais tomar anestesia	} Riscos		
- preocupa-se com o hospital antes de internar	} Hospital	} "Internação"	
- preocupa-se mais quando soube que teria que vir para o hospital	} Afastamento de Casa e da Rotina		
- estava preocupada em como seria atendida	} Atendimento		
- estava um pouco preocupada com a anestesia	} Anestesia	} "Cirurgia e suas Consequências"	
- estava preocupada em precisar de sonda	} Técnicas		
- estava preocupada com a operação	} Cirurgia		
- estava preocupada em poder ter uma hemorragia	} Complicação		

O "falando" está relacionado com a expressão verbal do "Sofrendo Emocionalmente". Envolve a linguagem e consiste do "dizendo", do "falando mais" e do "ficando mais quieto" (quadro nº 16)

Quadro nº 16: O "falando" e seus componentes.

- paciente disse estar preocupada com o filho	"Dizendo"	"Falando Mais"	"Ficando Mais Quieto"	"Falando"	
- paciente diz ter ficado nervosa com o funcionário que quiz tirá-la da cama					
- diz terem sido dias de muita angústia					
- ficava falando besteira	"Falando Mais"				
- paciente falando pouco, aparentando não querer falar					Conversando Menos
- estando calado					
- pensa que seria duro para a família se morresse	"Na morte"				
- paciente pensa que poderia morrer					
- só ficava pensando em besteira quando ficava sozinha no quarto	"Em Coisas Relacionais da sua Situação"				"Pesando Mais"
- só ficava pensando no problema da coluna por ter que ficar 24 horas na mesma posição					
- ficava pensando na dor após a operação					
- paciente parecia não prestar atenção		"Ficando mais Ausente"			

O "dizendo" é talvez a forma mais clara e evidente de o paciente expressar seu sentimento de medo, nervosismo, agonia ou preocupação. Neste caso, ele diz claramente que está com medo, nervoso, agoniado ou preocupado (qua

dro nº 16):

"Fico pensando nos meus filhos, em casa.  
A gente fica preocupada ...". (Tereza)  
"Tenho medo que eu piore, quando a noite  
chegar". (Sandra)

O "falando mais" ocorre quando o paciente fala muito, mais do que é seu costume. Geralmente, ele também faz muitas brincadeiras, até mesmo relacionadas com coisas sérias como a morte:

"Eu ficava falando besteira o tempo to  
do". (Paulo)

O "ficando mais quieto" ocorre quando o paciente fica mais calado do que é seu costume. Nesse caso, percebe-se que ele conversa menos, fica mais pensativo e mais ausente: aparenta não querer falar, até mesmo com a família; pensa mais na morte e na situação que está vivendo, além de estar mais voltado para dentro de si, mesmo que para as coisas à sua volta:

"Paciente não conversando com a família  
durante a visita". (Lauro)  
"... só fico pensando coisa que não pres  
ta". (Fátima)

O "sendo diferente" refere-se a expressão do "So  
frendo Emocionalmente" na mudança de comportamento que po  
de ser percebida no paciente. É formado de três diferentes aspectos: o "sendo mais chato", o "movimentando-se mais" e o "chorando mais" (quadro nº 17).

Quadro nº 17: O "sendo diferente" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- paciente estava irritada durante a manhã</li> <li>- paciente parecia inquiet<u>a</u></li> <li>- paciente agitada - que<u>r</u>endo que chamasse o m<u>e</u>dico</li> <li>- agrediu funcionário, que queria tirá-lo da cama</li> </ul>	" Sendo Mais Chato "	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ficava andando o corre<u>d</u>or todo</li> <li>- paciente ficava torcendo as mãos, enquanto falava comigo</li> <li>- paciente se mexia com as mãos na cama, enquanto falava comigo</li> </ul>	" Movimentando-se Mais "	" Sendo Diferente "
<ul style="list-style-type: none"> <li>- até chorou, quando veio para o hospital</li> <li>- chorou quando soube que a operação seria amanhã</li> <li>- chorou antes da operação porque não queria mais operar</li> <li>- chorou quando seus pais foram embora</li> <li>- chorou porque pensou que não teria mais cura</li> <li>- até chorou quando o m<u>e</u>dico disse que não teria mais alta</li> <li>- de noite chorou</li> <li>- a mãe ficava chorando pe<u>l</u>os cantos</li> </ul>	" Chorando Mais "	

O "sendo mais chato" é uma expressão utilizada pela equipe de enfermagem para definir um paciente que está mais irritado e maçante, que fica amolando por coisas consideradas por ela como sem grande importância:

"Paciente esteve irritado durante a manã" (esperava o medico para retirar a sonda naso-gástrica). (Sandra - comentario da equipe de enfermagem)

O "movimentando-se mais" evidencia-se em ações como andar mais e ficar mexendo com as mãos. É algo que geralmente o paciente faz inconscientemente, mas que é observado pelas pessoas que o cercam:

"Eliana torcia as mãos enquanto falava comigo". (Nota de Observação)

O "chorando mais" ocorre porque ele está mais sensível, e com maior facilidade, chora diante das dificuldades e das situações que lhe desagradam:

"Chorei quando meus pais foram embora",  
(Sueli)  
"A mãe ficava chorando pelos cantos".  
(Filha de Maria)

O "Tendo Perturbações Físicas" evidencia-se nas manifestações e nas mudanças corporais que o paciente pode apresentar. São especificamente aquelas perturbações físicas já citadas como relacionadas com o sofrimento emocional (quadro nº 18):

"Quase não dormi ... Meu coração ficou estufado, disparado e doia o peito. As veias trancavam a respiração ... Era tudo do nervos". (Fátima)

Quadro nº 18: O "Tendo Perturbações Físicas" como expressão do "Sofrendo Emocionalmente"

<ul style="list-style-type: none"> <li>- não consegue dormir direito</li> <li>- tem dor de cabeça</li> <li>- o coração estava acelerado</li> <li>- tranca a respiração</li> <li>- treme toda</li> </ul>	<p>"Tendo Perturbações Físicas"</p>
---	-------------------------------------

Estas três formas de expressar o "Sofrendo Emocionalmente" não são sempre encontradas em todos os pacientes. Há aqueles que o expressam preferencialmente de uma forma,



enquanto outros de outra. Às vezes, também, um mesmo pa-  
 ciente pode expressar seu sofrimento emocional diferente-  
 mente em diferentes momentos de sua experiência. Numa oca-  
 sião ele pode fazê-lo "sendo diferente", noutra, "Tendo  
Perturbações Físicas" ou "falando".

O "Sofrendo Emocionalmente" e o Processo Espaço-Temporal  
vivido pelo Paciente Cirúrgico:

O "Sofrendo Emocionalmente" ocorre durante todo o  
 processo vivido pelo paciente cirúrgico. Há épocas, no en-  
 tanto, em que determinado sentimento se intensifica (dia-  
 grama nº 17). De forma geral, os sentimentos tendem a ser  
 mais fortes, desde a segunda metade do primeiro estágio,  
 até a primeira metade do quarto estágio. Desde antes da  
 consulta médica até logo após a realização da cirurgia. O  
 "medo" é um sentimento forte, desde o momento em que o pa-  
 ciente percebe e começa a pensar mais sobre a alteração de  
 saúde até o momento da realização da cirurgia e início de  
 sua recuperação (diagrama nº 17). A notícia da cirurgia, o  
 fato de ter que sair de casa e ir para o hospital e o fato  
 de ter que passar pelo risco da cirurgia e suas complica-  
 ções é que lhe causam maior medo. A "preocupação" e o "ner-  
 vosismo" também tendem a ser maiores nesta mesma época. A  
 "agonia", por sua vez, está evidente enquanto o paciente  
 espera a cirurgia e a hospitalização, como também no tempo  
 imediatamente após a cirurgia, quando a dependência de ou-  
 tros e o desconforto físico são maior (diagrama nº 17).

O "Sofrendo Emocionalmente" e sua conseqüente ex-  
 pressão podem mudar de acordo com as características pes-

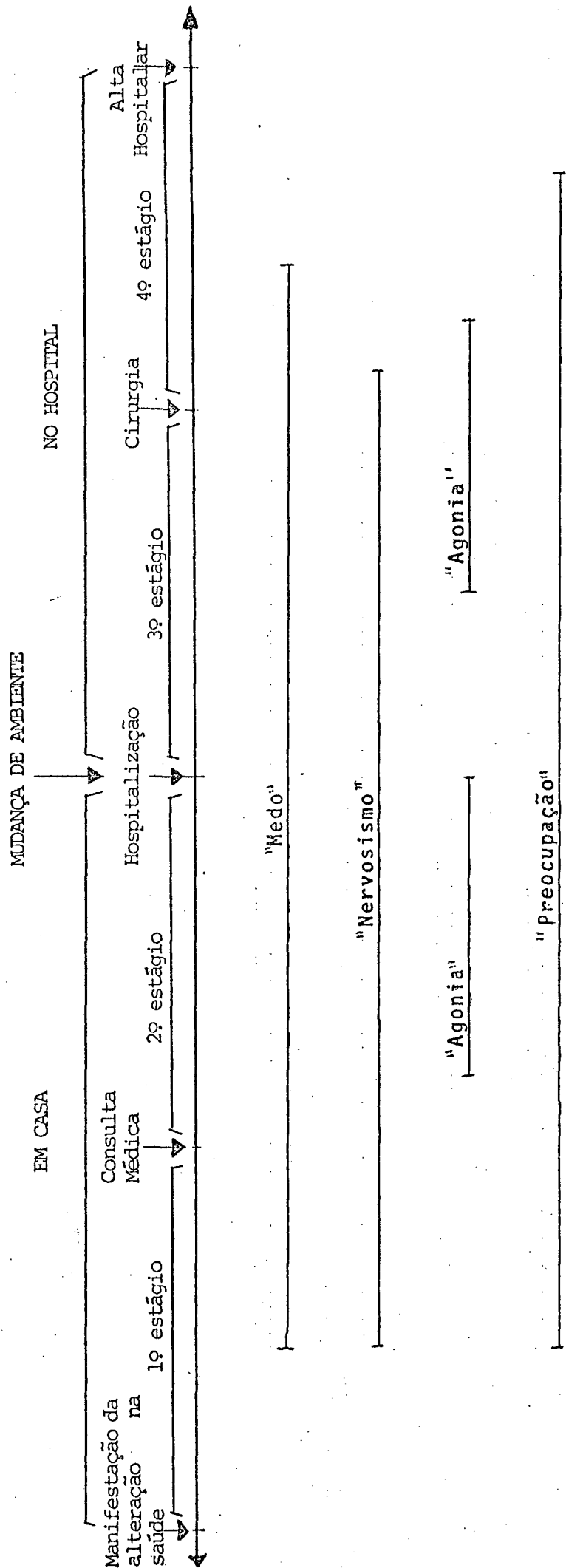


Diagrama nº 17: O "Sofrendo Emocionalmente" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

soais do paciente e a situação. Há pacientes que vivem com maior intensidade que outros o sofrimento emocional durante todo o processo espaço-temporal. Há situações, como as cirurgias de maior risco, em que o sofrimento emocional também tende a ser maior, se comparado com aquelas onde o risco envolvido é menor.

"Sofrendo Emocionalmente" e sua relação com o "Tendo Perturbações Físicas", "Buscando Solução", "Esperando" e o "Perdendo Controle":

O "Sofrendo Emocionalmente" experimentado pelo paciente cirúrgico durante todo o processo não é uma experiência isolada. Ela está relacionada com as suas outras vivências: com o "Tendo Perturbações Físicas", o "Buscando Solução", o "Esperando" e o "Perdendo Controle".

O surgimento da perturbação física e sua percepção pelo paciente é o início de todo o processo e, consequentemente, também do sofrimento emocional. Quando o paciente percebe as mudanças corporais e as manifestações físicas, ele começa a se preocupar com elas, tende a ficar mais nervoso e com medo de que sejam algo mais grave. Mais tarde, quando ele tem confirmada a necessidade de cirurgia, surge a agonia.

Por outro lado, não pode ser esquecido que parte da perturbação física tem sua causa relacionada ao sofrimento emocional. Este fator cria um elo forte entre estas vivências. O medo, o nervosismo, a agonia e a preocupação podem provocar certas perturbações físicas, como dor de cabeça, insônia, palpitação e dificuldade respiratória. Es

tas perturbações físicas passam, desta forma, a ser a própria expressão do "Sofrendo Emocionalmente".

Para o paciente, o "Sofrendo Emocionalmente" é uma experiência difícil. Não é fácil para ele vivenciar o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação", por isso ele tenta achar alguma forma de acabar com eles. Isso ele faz "Buscando Solução", "tentando resolver" as situações que o fazem sofrer ou "tentando tirar da mente" tais situações e sentimentos.

O "Esperando" também está relacionado com o "Sofrendo Emocionalmente". A necessidade de ter que "aguardar" o vencimento de prazos marcados e o fato de durante esta época experimentar um "misto de sentimentos" tendem a evidenciar os sentimentos que caracteriza o sofrimento emocional. O desejo de encurtar o tempo e de prorrogá-lo, a sensação ruim e a esperança boa tendem a aumentar o "nervosismo", a "preocupação" e o "medo".

A categoria "Sofrendo Emocionalmente" também está vinculada ao "Perdendo Controle". O "não sabendo", o "não conseguindo cuidar de si", e o "tendo sensações" também tendem a aumentar os sentimentos que caracterizam o sofrimento emocional. Aumentam o "nervosismo", a "agonia", a "preocupação" e o "medo" e sua conseqüente expressão. Por isso, estas duas categorias também não podem ser desvinculadas.

#### Discussão do "Sofrendo Emocionalmente":

No âmbito da enfermagem brasileira foram encontrados dois trabalhos que, além de levantar aspectos relati

vos à vivência do "Sofrendo Emocionalmente", abordam algo de seus componentes e relações. São os trabalhos de LOTTERMANN (1982:27-132) e de GONÇALVES (1976:33-34). LOTTERMANN (1982:127) ao comentar a segurança emocional, diz entender por emoção, as sensações subjetivas que ocorrem em resposta a um fator estimulante "interno ou externo", o que está de acordo com a idéia contida neste trabalho. Deve, no entanto, ser ressaltado que, no caso do paciente cirúrgico, o "Sofrendo Emocionalmente" se refere exclusivamente a emoções vividas como desagradáveis, resultantes de estímulos internos ou externos. LOTTERMANN (1982:128) identifica três elementos componentes da manifestação da emoção: o conhecimento, a expressão e a experiência. O conhecimento está relacionado com o fato de a situação ser percebida e relacionada com experiências passadas. A expressão é a tradução externa das emoções, através de atividades somáticas autônomas. A experiência é o que o indivíduo sente quando emocionado. GONÇALVES (1976:33,34), por outro lado, mesmo que não com tanta clareza, identifica dois componentes na emoção vivenciada pelo paciente, quando ele adoece e tem que ser hospitalizado: o sentimento e a expressão deste sentimento, através de reação psico-somática. Essas duas opiniões estão claramente de acordo com os resultados deste estudo. Na vivência do "Sofrendo Emocionalmente", foram identificados tanto o sentimento quanto a expressão do sentimento. O terceiro elemento apontado por Lottermann, também foi identificado, estando, no entanto, incluído na categoria "Buscando Explicação".

Como parte da experiência ou do sentimento que

compõe a emoção vivida pela pessoa doente, LOTTERMANN (1982: 129) e GONÇALVES (1976:33-34) identificam o medo, o temor, a angústia, a ansiedade, a tensão, a desconfiança e a raiva. Para elas o medo é o primeiro fator que interfere na segurança emocional, que irá gerando a ansiedade e a angústia. O medo está associado ao ambiente hospitalar impessoal, à possibilidade de acidente no tratamento, à incerteza da competência do profissional, ao receio da alta antes do tempo, à solidão, ao medo de dor, da falta de dinheiro para pagar a hospitalização, do equipamento, de ser cortado, de dar trabalho às pessoas e da dependência física. Nestes dois trabalhos, o medo, a angústia e a ansiedade são os sentimentos básicos da experiência do paciente. No presente estudo foram identificados quatro sentimentos básicos, dos quais três se assemelham muito aos sentimentos identificados por Lottermann e Gonçalves: "medo", "nervosismo" e "agonia". O quarto sentimento é a "preocupação". O "medo" está muito relacionado com as incertezas e dúvidas quanto o futuro, com a solidão com a falta de companhia. O "nervosismo", sentimento semelhante à ansiedade referida por Lottermann e Gonçalves, está especialmente relacionada com a expectativa e as sensações de desagrado, risco e ansiedade. A "agonia", sentimento semelhante à angústia descrita pelas autoras, é composto pela sensação de incerteza, de desagrado e da angústia. A "preocupação", mesmo não tendo sido comentada por elas, foi uma sensação bastante forte no paciente cirúrgico, sendo por isso incluída como quarto sentimento que integra a vivência do "Sofrendo Emocionalmente".

A sensação de medo também é identificada por vários outros trabalhos no âmbito da enfermagem brasileira. KAMIYAMA (1972:77, 86, 89) identificou o medo do desconhecido como um dos três problemas prioritários do paciente internado. Inclui, conforme também identificado no presente estudo, questões como o desconhecimento da doença, o exame e o tratamento, o medo da operação, o desconhecimento dos cuidados de enfermagem que recebe, desconhecimento da operação e a data da sua realização, o desconhecimento do sistema de vida após a alta, dos cuidados pós-operatório, do estado geral, entre outros. Dois outros trabalhos, realizados por RODRIGUES (1984:174) e MENEZES (1978:62), com pacientes no centro cirúrgico, também identificaram o sentimento de medo. Nestes, o medo estava relacionado com a anestesia, a morte, a cirurgia e o desconhecido.

Na reflexão que STEDEFORD (1986:49-56), em relação à experiência do paciente terminal, afirma que viver a situação de morte incerta num prazo conhecido, quando o problema seria resolvido, gera muita ansiedade. São o fato de pensar na possibilidade da morte traz à tona um intenso sofrimento. Para ele, a ansiedade surge como resposta a um problema de ajustamento. STEDEFORD (1986:49-56) diz também que a ansiedade pode estender-se de uma situação de incômodo ou ameaça até ataques de pânico. Não é propriamente isso o que foi verificado no presente estudo, onde ela, na forma do "nervosismo" estaria mais relacionada com a expectativa e com as sensações de desagrado e risco.

A expressão do "Sofrendo Emocionalmente", também é abordada por GONÇALVES (1976:34) e LOTTERMANN (1982:1.129-

130). Ambas dizem que a emoção sentida pelo paciente é expressa na mudança freqüente da posição corpórea, deambulação constante, movimentos constantes das mãos, choros, inapetência, apetência exagerada, diarreia, constipação intestinal, alteração nos sinais vitais e falta de participação, entre outros. LOTTERMANN (1982:130) afirma que a emoção pode transparecer tanto no comportamento verbal, quanto no comportamento não verbal. STEDEFORD (1986:49-56) completa essas possibilidades de expressão da emoção dizendo que, além delas, o paciente pode chegar a apresentar mudança em sua personalidade. Todas estas formas de expressão do "Sofrendo Emocionalmente", confirmam perfeitamente a classificação apresentada neste trabalho: "falando", "sendo diferente" e "Tendo Perturbações Físicas".

BIRD (1975), mesmo que fora do contexto da enfermagem brasileira, ao refletir sobre a experiência do paciente cirúrgico também identifica o medo e o sofrimento (BIRD, 1975:17-26) como emoções que caracterizam a experiência. Também afirma que elas podem levar o paciente a mudar sua maneira de ser, quando diante da cirurgia. Podem levá-lo a assumir um papel mais passivo, cooperativo e tratável; também pode tornar-se mais letárgico, apático, agressivo, com depressão e sentimento de perda (BIRD, 1975:163-193). Pode também transparecer na forma de sinal ou sintoma corpóreo e atos físicos (BIRD, 1975:17-26). Esta forma de Bird entender e apresentar a experiência do paciente cirúrgico só reforça os resultados deste estudo quanto à vivência do "Sofrendo Emocionalmente".

A equipe de enfermagem, única a passar as 24 ho



ras na unidade de enfermagem, tem uma grande oportunidade de estar ao lado do paciente nesta experiência. As duas questões que se colocam são: até que ponto a atuação da enfermagem tem diminuído o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação" do paciente? A enfermagem tem sido suficientemente sensível para identificá-las? No dia-a-dia da enfermagem, ainda se percebe uma lacuna significativa na assistência ao paciente cirúrgico.

#### F) "Buscando Explicação"

Doença, cirurgia e sofrimento são assuntos que normalmente não fazem parte da vida da pessoa sadia. Estão longe de seus pensamentos e reflexões. São questões das quais as pessoas preferem não se lembrar. Mesmo assim, quando adoecem e sabem que terão que operarem-se e internarem-se, determinadas idéias, relacionadas à doença e à cirurgia, antes latentes, tendem vir à tona e a influenciar a maneira de encarar a experiência.

Durante o período de hospitalização, ouve-se do paciente cirúrgico vários comentários que revelam a sua reflexão sobre o significado e o porquê da doença, da cirurgia e do sofrimento. Quando surgem as manifestações físicas, ele geralmente fica se perguntando qual é sua origem ou causa. Esse tipo de questionamento continua presente até o momento em que o médico lhe dá o diagnóstico:

"Fico desesperada com a dúvida do meu diagnóstico ... é que fico pensando que pode ser câncer". (Fátima)

Nos segundo e terceiro estágios do processo espa

ço-temporal, desde o recebimento da notícia da necessidade da cirurgia até a sua realização, é que se tornam mais presentes para o paciente as reflexões e questionamentos quanto ao porquê disto ter acontecido com ele, o porquê da doença e da cirurgia e o que significa para ele ter que sair de casa, ir para o hospital e passar pelo risco cirúrgico (diagrama nº 18):

"Porque tudo que é coisa ruim baixa em mim". (Maria)

"A doença é uma forma de Deus chamar a pessoa quando ela não ouve o chamado de amor". (Aparecida)

No quarto estágio, com a realização da cirurgia, esse tipo de reflexão tende a diminuir. O ponto culminante de sua experiência como paciente foi ultrapassado. Os pensamentos relacionados ao porque da doença, quando ocorrem, estão mais voltados para as causas biológicas e ambientais (diagrama nº 18):

"A doença ficou para nós ... pode ser friagem, tomar cafezinho ou chuveiro quente e sair para a rua, um tombo ...". (Oscar)

Esse desejo do paciente em encontrar e entender uma explicação para o que está acontecendo com ele, expresso nos comentários e questionamentos acima mencionados, foi chamado de "Buscando Explicação". No transcorrer da experiência do paciente cirúrgico, percebe-se que seus comentários e questionamentos não refletem sempre a busca de um mesmo tipo de explicação, pois ela pode tanto estar voltada para a busca de uma razão quanto para a busca de um significado para a experiência.

"Buscando a razão" engloba os questionamentos e

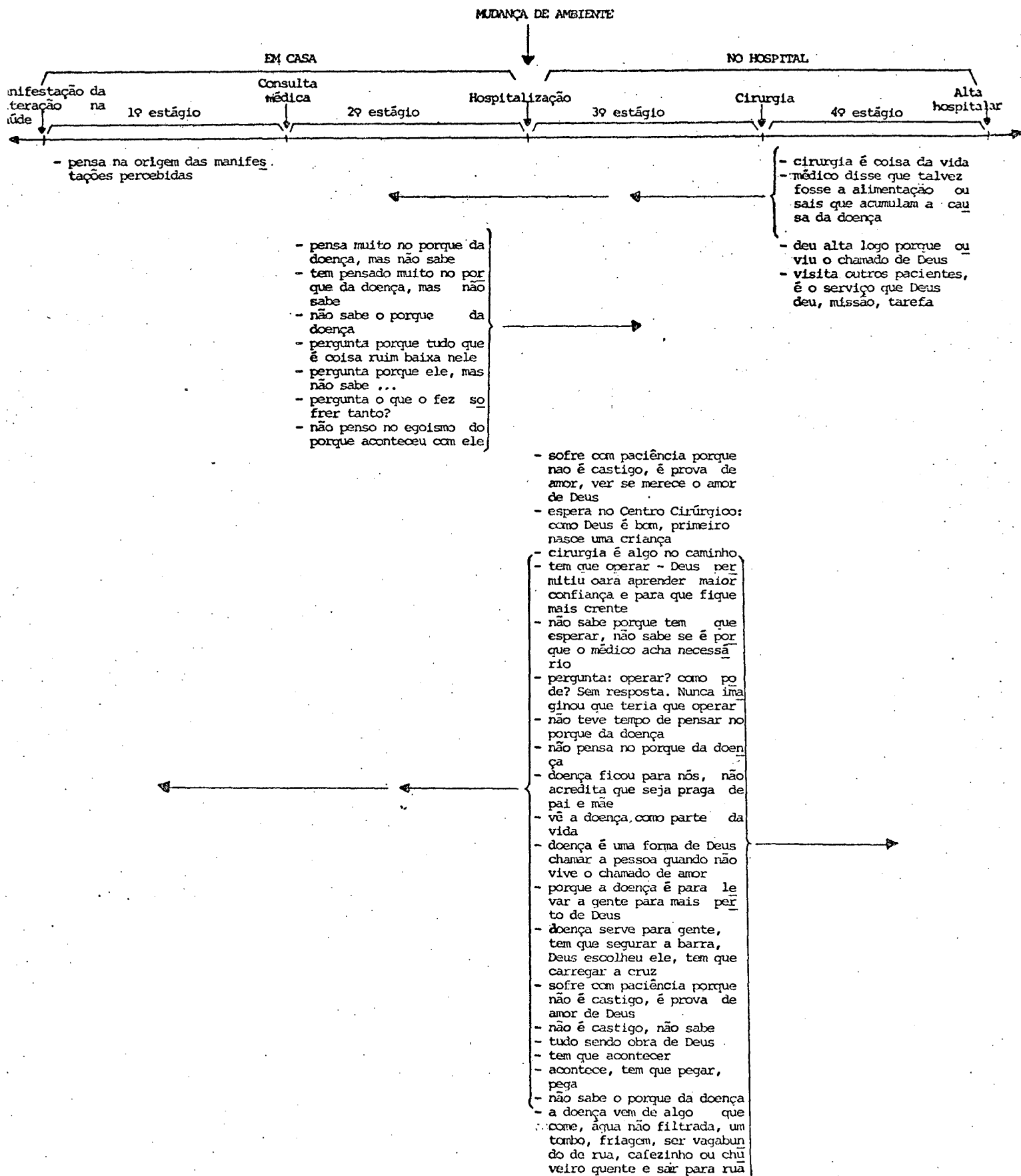


Diagrama nº 18: Pensamentos, reflexões e opinião do paciente cirúrgico quanto a doença, cirurgia e sofrimento.

comentários relacionados a causa, ao motivo ou à justificativa de esta situação estar acontecendo (quadro nº 19).

Quando "buscando razão" está voltado para a procura de um motivo ou justificativa de a doença, a cirurgia e o sofrimento estarem acontecendo com ele próprio ou com as pessoas, de uma forma geral foi identificada como "buscando a razão existencial":

"Cirurgia, como pode? Não tenho resposta. Nunca imaginei que teria que operar". (Marisa)

"O que fiz para sofrer tanto". (Marlene)

Quando, por outro lado, "buscando a razão" está voltado para a causa ou origem etiológica da doença, foi chamada de "buscando a razão científica". As causas identificadas pelos pacientes foram: a alimentação, o traumatismo, a mudança de temperatura, a história de saúde, a higiene e saneamento e a mente:

"Doença é problema de mente". (Marcos)

"Médico disse que talvez fosse a alimentação ou sais que acumulam". (Pedro)

"Buscando significado" refere-se à procura de um sentido para experiência presente. Consiste nas reflexões quanto ao que ela quer dizer e se ela quer denotar ou ser sinal de algo (quadro nº 20).

O paciente busca significado para diferentes aspectos de sua experiência. Desses, foram identificados três: a "doença e cirurgia", os "acontecimentos" e o seu "comportamento":

"Doença é para levar a gente para mais perto de Deus". (Marli)

"Estou sofrendo com paciência porque não é castigo, é prova de amor, ver se merece o amor de Deus". (Fátima)

"Visito outros pacientes porque é o ser

Quadro nº 19 - "Buscando a razão" e seus componentes.

- pergunta: cirurgia? Como pode? Não tenho resposta, nunca imaginei que teria que operar	Cirurgia	Porque Eu?	"Buscando a Razão Existencial"	"Buscando a razão"
- pergunta: porque eu não sei	Doença			
- pergunta: porque tudo que é coisa ruim baixa em mim?	Sufrimento			
- pergunta: o que fiz para sofrer tanto?	Não Sabe			
- às vezes pensa no por que da doença, mas não sabe				
- pensa muito no porque da doença, mas não sabe				
- não sabe o porque da doença				
- doença é coisa da vida	Parte da Vida	Porque Doença e Cirurgia		
- cirurgia é uma coisa da vida				
- a cirurgia é algo no seu caminho				
- tem que acontecer	Tem que Ser			
- acontece, tem que pegar, pega				
- tem que acontecer, está marcado				
- algo que come	Alimentação			
- médico disse que tal vez seria a alimentação				
- tombo	Traumatismo			
- friagem	Mudança de Temperatura	Causa Etiologia		
- cafezinho ou chuveiro quente e sair para a rua				
- história de dor de estômago	História de Dor			
- água não filtrada	Higiene e Saneamento			
- problema de mente	Mente			

Quadro nº 20: "Buscando significado" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- doença serve para gente, tem que segurar a barra, Deus escolheu ele, tem que carregar a cruz</li> </ul>	<p>Prova</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- doença é uma forma de Deus chamar a pessoa, quando não ouve o chamado de amor</li> <li>- porque a doença é para levar a gente para mais perto de Deus</li> </ul>	<p>Leva mais Perito de Deus</p>	<p>"Buscando Significado para Doença e Cirurgia"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ele ter que operar é permissão de Deus para aprender maior confiança e ficar mais crente</li> </ul>	<p>Ficar mais Crente</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- não é castigo, não sei</li> <li>- tudo é obra de Deus</li> </ul>	<p>Não é Castigo Obra de Deus</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sofre com paciência por que não é castigo, é prova de amor, ver se merece o amor de Deus</li> </ul>	<p>Significado para o Sofrimento</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- espera no Centro Cirúrgico: como Deus é bom, primeiro nasce uma criança</li> </ul>	<p>Significado para as Intercorrências</p>	<p>Significado para as Dificuldades</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- deu alta logo porque ou viu o chamado de Deus.</li> </ul>	<p>Significado para Coisas Boas</p>	<p>"Buscando Significado para os Acontecimentos"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- visita outros pacientes, é o serviço que Deus deu, missão, tarefa</li> </ul>	<p>Significado para as Ações</p>	<p>"Buscando Significado para o Comportamento"</p>	<p>"Buscando Significado"</p>

viço que Deus me deu, missão, tarefa".  
(Aparecida)

"Buscando Explicação" é algo que pode ser vivido de diferentes maneiras por diferentes pacientes. Há pacientes que vivem com maior intensidade "buscando a razão", enquanto outros vivem mais "buscando significado". Alguns, num determinado momento, preocupam-se mais com a busca causa etiológica, enquanto outros preocupam-se em descobrir o que a experiência que estão vivendo quer significar.

"Buscando Explicação" e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo Paciente Cirúrgico:

A busca de explicação para a doença, a cirurgia e o sofrimento influencia a experiência do paciente cirúrgico no transcorrer de todo o processo espaço-temporal. Percebe-se, no entanto, que, em determinadas épocas, certas reflexões, pensamentos ou comentários tendem a evidenciar-se (diagrama nº 19).

Assim, pode-se dizer que os componentes "buscando significado" e "buscando razão existencial" são mais comuns no segundo e terceiro estágios do processo. É no espaço de tempo entre a notícia da necessidade de cirurgia e a sua realização que o paciente mais se preocupa em descobrir e saber o significado e o porquê dessa experiência estar acontecendo com ele. Antes e depois desse espaço de tempo, a preocupação maior geralmente é saber qual a causa etiológica da doença, voltando-se mais para a "razão científica".

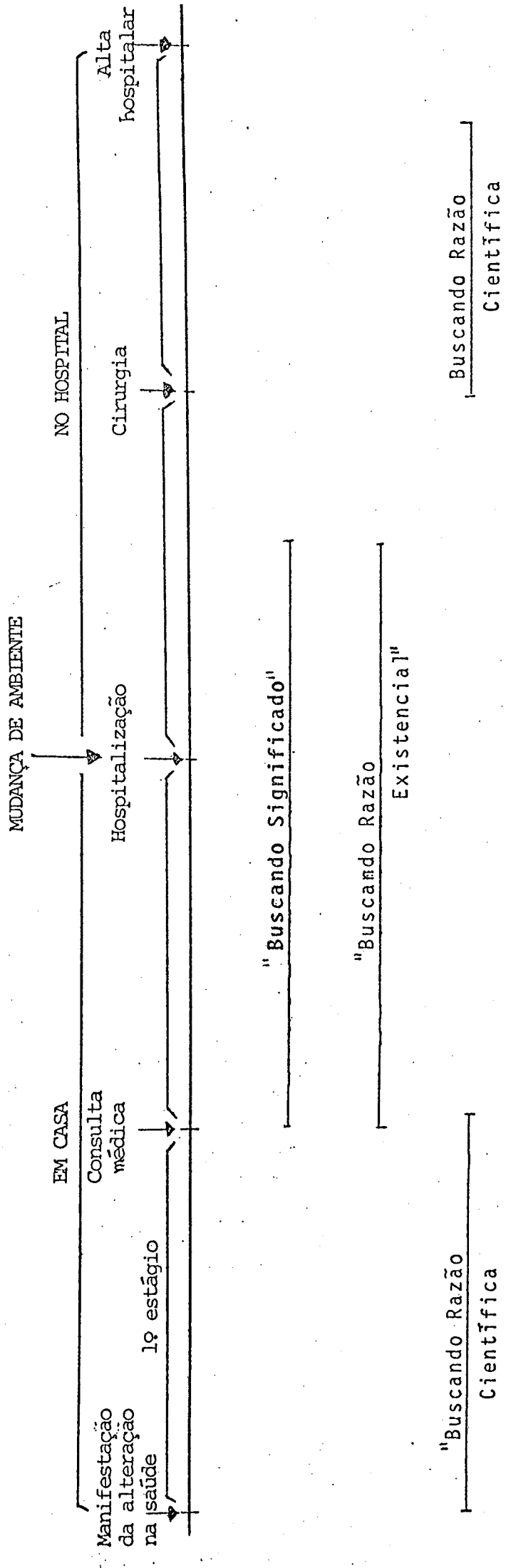


Diagrama nº 19: Os Componentes do "Buscando Explicação" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.



"Buscando Explicação" e sua relação com as Categorias "Tendo Perturbações Físicas", "Buscando Solução", "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente":

A busca e o encontro de uma explicação para doença, cirurgia e sofrimento tende a tranquilizar, a dar maior segurança e certeza ao viver a experiência de ser um paciente cirúrgico. Por isso, pode-se dizer que a categoria "Buscando Explicação" tende a diminuir a intensidade com que o paciente vivencia as categorias "Tendo Perturbações Físicas", "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente" e "Buscando Solução".

Quando o paciente encontra uma explicação para a doença, cirurgia e sofrimento, ele tende a suportar melhor as perturbações físicas, a espera, a perda do controle e o sofrimento emocional. Ele se conforma mais facilmente com o que lhe desagrada ou lhe é indesejável.

Na experiência do paciente cirúrgico, percebe-se que a busca por uma explicação envolve uma certa intranquilidade, por isso, quando ele encontra a explicação desejada, a sensação pode ser semelhante à experimentada quando é encontrada a solução para um problema. Este é um dos pontos em que está firmado o vínculo existente entre as categorias "Buscando Explicação" e "Buscando Solução". O outro está relacionado à semelhança existente na forma utilizada de buscar a explicação e a solução. Ao buscar a explicação para a situação vivida, o paciente pode tanto seguir o processo de "tentando resolver", quanto "tentar tirar da mente" o que lhe perturba. No primeiro caso, ele vive mais intensa e conscientemente essa busca. No segundo, prefere ti

rar parcialmente de sua mente os questionamentos motivados do "Buscando Explicação".

Discussão do "Buscando Explicação":

A questão da busca por explicação para a experiência da doença, cirurgia e sofrimento é abordada por dois estudos desenvolvidos por enfermeiros brasileiros, CHEZZ (1983:27-33) e GONÇALVES (1976:34). Além delas, STEDEFORD (1986:49-56) também comentou o assunto. CHEZZ (1983:27-33), relatando e analisando a assistência a um paciente diabético, diz que a aceitação da doença varia, entre outros, de acordo com sua percepção da doença e valores internos. GONÇALVES (1976:34) diz algo semelhante: "cada pessoa associa a doença com seus sentimentos e pensamentos inconscientes, como as fantasias, sonhos e receios". Na sua opinião, os pacientes "acham sempre que deve existir uma razão ou propósito para sua doença, na tentativa de se sentirem mais seguros ... seriam propósitos de fundo místico ou religioso, como punição por pecados ou coisas erradas que pensam ter feito ... podem manifestar sentimentos de vergonha ou culpa". STEDEFORD (1986:49-56), por sua vez, diz que a "maioria das pessoas jamais medita sobre a morte", mas diante de uma situação de possibilidade de morte, esta questão vem à tona.

Apesar de nenhum destes três trabalhos mencionar claramente os componentes da vivência "Buscando Explicação", eles deixam evidente a sua participação na experiência do paciente cirúrgico. Eles apontam, no entanto, para aspectos como a percepção da doença, valores internos, as

pectos místicos ou religiosos, o que está de acordo com o que foi identificado no presente estudo. Todos os três estudos deixam transparecer tanto a busca por um significado, quanto por uma razão existencial. A busca por uma razão científica não é mencionada, apesar dela ter sido claramente identificada nos pacientes do presente estudo.

A participação ou o auxílio que a enfermagem pode dar ao paciente nesta experiência tem sido pouco comentada. Na prática, o único componente do "Buscando Explicação", considerado pelo enfermeiro no planejamento da assistência, é o "buscando a razão científica". Observa-se que geralmente o "buscando significado" e o "buscando a razão existencial", mais intensos no período que antecede a cirurgia, passam despercebidos. A falta de tempo e o muito trabalho talvez não sejam uma explicação suficiente para isso, pois quem sabe ela também esteja relacionada à falta de preparo sentida pelo enfermeiro para trabalhar estes questionamentos junto com o paciente, por ele mesmo preferir não pensar neles,

#### G) "Confiando":

No transcorrer do processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico, há certezas às quais ele se apegava, nas quais ele acredita e que lhe dão segurança e tranquilidade. Isso é algo que acompanha de forma relativamente constante sua experiência apesar de se tornar mais evidente no terceiro estágio (diagrama nº 20).

Desde o início do processo espaço-temporal, quan

do surgem as perturbações físicas, a lembrança do que em experiências anteriores que lhe deu segurança, tranquilidade e confiança vem à tona (diagrama nº 20) e se mantém presente, em especial, até a realização da cirurgia:

"Deus cuidou de tudo na operação anterior". (Lauro - Comentário da esposa)

Esta mesma lembrança se mantém viva após a notícia da necessidade de cirurgia. Ele passa a se lembrar ainda mais de Deus, Jesus, Santos, Sagrado Coração e Nossa Senhora dos Navegantes (diagrama nº 20):

"Sempre recebi tudo o que quero de Deus. Mesmo que com pouco de dificuldade". (Fátima)

No terceiro estágio, com a internação e a proximidade crescente da cirurgia, este ponto de apoio se torna ainda mais evidente. Ele fala de certezas e de pontos de segurança tais como (diagrama nº 20):

"Sem Deus nada podemos fazer, nem nós, nem os médicos". (Sílvia)

"Fico me apegando ao Sagrado Coração". (Tânia)

"Tenho muita confiança, primeiro em Deus e também no médico, que é um bom médico ... trato com ele há bastante tempo". (Leila)

Este aspecto da experiência, com menor intensidade, se prolonga até o quarto estágio, quando o paciente passa a procurar segurança na enfermagem, além de procurar firmar-se na certeza de que a vida vai melhorar daqui para frente (diagrama nº 20):

"Tenho fé de que a vida vai melhorar daqui para frente". (José)

Essa sensação de certeza, que serve de ponto de apoio e que gera segurança e tranquilidade quando em dificuldade, é que foi chamada de "Confiando". O "Confiando"



consiste de diferentes componentes, dos quais o primeiro é o "lembrando-se" (quadro nº 21).

Quadro nº 21: O "lembrando-se" e seus componentes.

- lembra muito de Deus, parece que Ele salva a gente	" Lembrando-se de Deus"	" Lembrando-se"
- no Centro Cirúrgico esquece de tudo, só lembrando de Deus		
- sempre lembra de Jesus e dos Santos	" Lembrando-se de Jesus e dos Santos"	

"Lembrando-se" ocorre quando o paciente recorda ou traz à memória o que lhe deu certeza, segurança e tranquilidade noutras situações semelhantes. O paciente cirúrgico costuma lembrar-se muito de Deus, de Jesus e dos Santos:

"No centro cirúrgico esqueci de tudo, só lembrei mesmo de Deus". (Leila)

"Crendo" pode ser considerado o segundo componente do "Confiando". Refere-se à sensação experimentada pelo paciente ao ter algo como certo e verdadeiro. Neles estão incluídos o "tendo fé" e o "acreditando" (quadro nº 22).

O "tendo fé" está relacionado com a crença religiosa do paciente, com a certeza sentida quanto ao auxílio a ser encontrado num ser superior, como Deus e Nossa Senhora:

"Confio em Deus quando desesperada". (Fátima)

"Tenho muita fé na Nossa Senhora dos Navegantes". (Miriam)

Quadro nº 22: "Crendo" e seus componentes.

- tendo fé em Nossa Senhora dos Navegantes	Nossa Senhora	"Tendo Fé"	"Crendo"	
- fé em Deus				
- confia em Deus	Deus			
- confia em Deus, quando se desesperada				
- acredita em Deus				
- acredita que para isto Deus tenha deixado os médicos				
- sem Deus nada pode fazer, nem nós, nem os médicos	Profissional			Dando Crédito
- confia no médico				
- confia na enfermagem	Si Mesmo			"Acreditando"
- confia em si caso morra				
- tem certa confiança e segurança	Futuro Bom	Tendo por Certo		
- tem fé que vai melhorar				
- tem fé que tudo vai correr bem				
- tem fé que a vida vai melhorar daqui para frente				

O "acreditando" refere-se à sensação experimentada pelo paciente ao dar crédito a alguém, como o profissional ou ele mesmo, ou quando ele tem algo por certo, como um futuro bom:

"Tenho também confiança no médico, que é bom médico". (Leila)

"Confio em mim, caso eu morra não irei para o inferno". (Fátima)

"Tenho fé que tudo vai correr bem". (José)

"Apegando-se", terceiro componente do "Confiança", ocorre quando o paciente recorre a um ser superior para apoiar-se e nele segurar-se e agarrar-se nos momentos de dificuldade ou de fraqueza (quadro nº 23):

"Foi uma das horas que mais me apeiuei a Deus". (Marisa)

"Me agarro em Deus, especialmente quando estou doente". (Marlene)

Quadro nº 23: "Apegando-se" e seus componentes.

- foi uma das horas que mais se apegou a Deus	"Apegando-se a Deus"	"Apegando"
- agarra-se em Deus		
- apegou-se a Jesus		
- apegou-se aos Santos		
- apegou-se ao Sagrado Coração		

"Entregando-se", último componente identificado como parte do "Confiado", consiste de três aspectos diferentes: "colocando-se nas mãos", "aceitando a vontade" e "sendo guardado" (quadro nº 24).

Quadro nº 24: "Entregando-se" e seus componentes.

- não pensa em nada. Entrega-se na mão de quem entende	"Colocando-se nas mãos"	"Entregando-se"
- tranquiliza-se com a entrega ao Sagrado Coração de		
- entrega-se ao médico		
ora:	"Aceitando a vontade"	
- Deus que seja a tua vontade, deixa eu dormir, se não for da tua vontade então não deixa eu dormir		
- Reza: Deus, eu sei que daqui não vou sair vivo, mas me guarda quando eu morrer	"Sendo Guardado"	

"Colocando-se nas mãos" é a própria atitude de entrega. Implica no reconhecimento de que ele mesmo não tem o controle da situação, que está nas mãos de outro:

"Não pensei em nada. Me entreguei nas mãos de quem entendia". (Maurício)



"Me tranquilizei com a entrega ao Sagra do Coração". (Tânia)

"Aceitando a vontade" envolve a aceitação da situação que está sendo vivenciada. Implica o reconhecimento de que o que está acontecendo não é algo por acaso, mas que há alguém que está no controle da situação e que a sua vontade deve prevalecer. O paciente se submete e aceita que não pode lutar contra esta vontade:

"Deus que seja a tua vontade, deixa eu dormir, se não for da tua vontade então deixa eu dormir". (Sílvia)

No "sendo guardado" está incluída a segurança de que a "pessoa" que tem o controle na mão, tem interesse e poder para guardá-lo e cuidar dele:

"Rezei: Deus, eu sei que daqui não vou sair viva, mas me guarda quando eu morrer". (Fátima)

O "Confiando" é uma sensação que não acontece por acaso; ela está ligada a certos fatores ou condições que são a razão de sua existência. São o seu fundamento ou base. As diferentes razões que foram apontadas pelo paciente cirúrgico são: o conhecimento do profissional, o tipo de vida levada, a experiência anterior e a segurança no cuidado de alguém (quadro nº 25):

"Lembrei de Deus, quem mais? ... Lembrei da outra operação do coração". (Carlos)  
 "Conheço bem o médico". (Tânia)  
 "É uma maravilha ter uma filha que trabalha no hospital". (Marisa)

## Quadro nº 25: "Razão" para o "Confiando"

- conhece o médico	} "Conhecimento do Profissional"	} "Razão"
- tipo de vida que leva é fator de tranquilidade - só quer o bem		
- recebe tudo o que quer de Deus	} "Experiência Anterior"	
- Deus cuidou na operação anterior		
- é uma maravilha ter uma filha que trabalha no hospital	} "Segurança no cuidado de Alguém"	
- confia primeiro em Deus		

O "Confiando" e o Processo Espaço-Temporal Vivido Pelo Paciente Cirúrgico:

"Confiando" é uma sensação que acompanha todo o processo espaço-temporal, mas intensifica-se com a proximidade crescente da internação e da cirurgia. Dentre os quatro componentes identificados, percebe-se que "lembrando-se" tende ser o primeiro a surgir. Ele está mais evidentemente presente desde o final do primeiro estágio, antes de ir ao médico, até o início do quarto estágio, quando o desconforto físico diminui. O segundo componente a aparecer, geralmente, é o "crendo", que se intensifica no segundo estágio, permanecendo assim até o início do quarto estágio. Evidencia-se com a notícia da necessidade da cirurgia e diminui de intensidade a partir do momento em que o desconforto físico começa a diminuir. O "apegando-se" começa a integrar com maior força a sensação de confiança pouco antes da internação, continuando presente desta forma na experiência do paciente, até a realização da cirurgia, no fi

nal do terceiro estágio. O "entregando-se" tende a acontecer com maior frequência no tempo que antecede a cirurgia, ocasião em que mais evidentemente o paciente percebe que não é ele que tem o controle da situação. É quando costuma entregar-se a quem crê tenha tal controle. (diagrama nº 21).

O "Confiando" e sua Relação com as Categorias "Tendo Perturbação Física", "Buscando Solução", "Esperando", "Perdendo Controle", "Sofrendo Emocionalmente" e o "Buscando Explicação":

"Tendo Perturbação Física", "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente" são experiências difíceis para o paciente. podem gerar insegurança e intranquilidade. O "Confiando" por outro lado, é uma fonte de segurança e tranquilidade.

A perturbação física na forma de "alterações", "incomodos" ou "problemas", é uma nova situação de vida, difícil que precisa ser vivida. A dor e os demais desconfortos são sensações ruins para o paciente. O "Confiando" pode dar ao paciente cirúrgico a certeza de superá-los. Também pode lhe dar força para aguentá-los, aceitá-los ou conformar-se com eles.

O "Esperando" é uma situação igualmente difícil. Aguardar o tempo passar e chegar a hora de viver um determinado evento que lhe é desagradável traz a tona o misto de sentimento comuns durante o período de espera. No meio desse misto de sentimentos o "Confiando" é certeza, um ponto de apoio e de referência. Ela ajuda a evidenciar, dentre os sentimentos que caracterizam a espera, aqueles que

são agradáveis para o paciente, como a "esperança boa".

O "Perdendo Controle" é talvez a experiência que gera maior insegurança no paciente. É quando ele sente seu limite, quando percebe que não consegue mais cuidar de si, ou percebe que há muitas coisas que não sabe, que pode perder coisas essas que lhe são importantes. Diante de todas essas incertezas, o "Confiando" é a certeza que gera ao menos alguma segurança. O "Confiando" lhe possibilita ver que apesar de não ter mais o controle, há alguém que, parcial ou totalmente, tem o controle que perdeu. Este alguém pode ser Deus, pode ser Jesus, os Santos, Nossa Senhora, o Sagrado Coração ou o médico.

O "Sofrendo Emocionalmente" é resultado de todas as experiências desagradáveis que o paciente tem que passar. É o "medo" a "agonia", o "nervosismo", e a "preocupação". O "Confiando", sendo uma certeza, pode amenizar estes sentimentos desagradáveis. A confiança em Deus tende a, por exemplo, diminuir o "medo" da morte ou a "preocupação" com o seu futuro.

"Buscando Solução" é uma experiência que também é influenciada pelo "Confiando". A sensação de certeza, segurança e tranquilidade geradas podem ser para o paciente uma força para viver e resolver adequadamente os problemas encontrados. O limite de solução para os problemas encontrados não é mais as condições do próprio paciente, mas as condições das pessoas em quem ele confia, ao lembrar-se delas, crer nelas, apegar-se e entregar-se a elas.

A categoria "Buscando Explicação" também está relacionada ao "Confiando". Nesta situação de doença, hospi

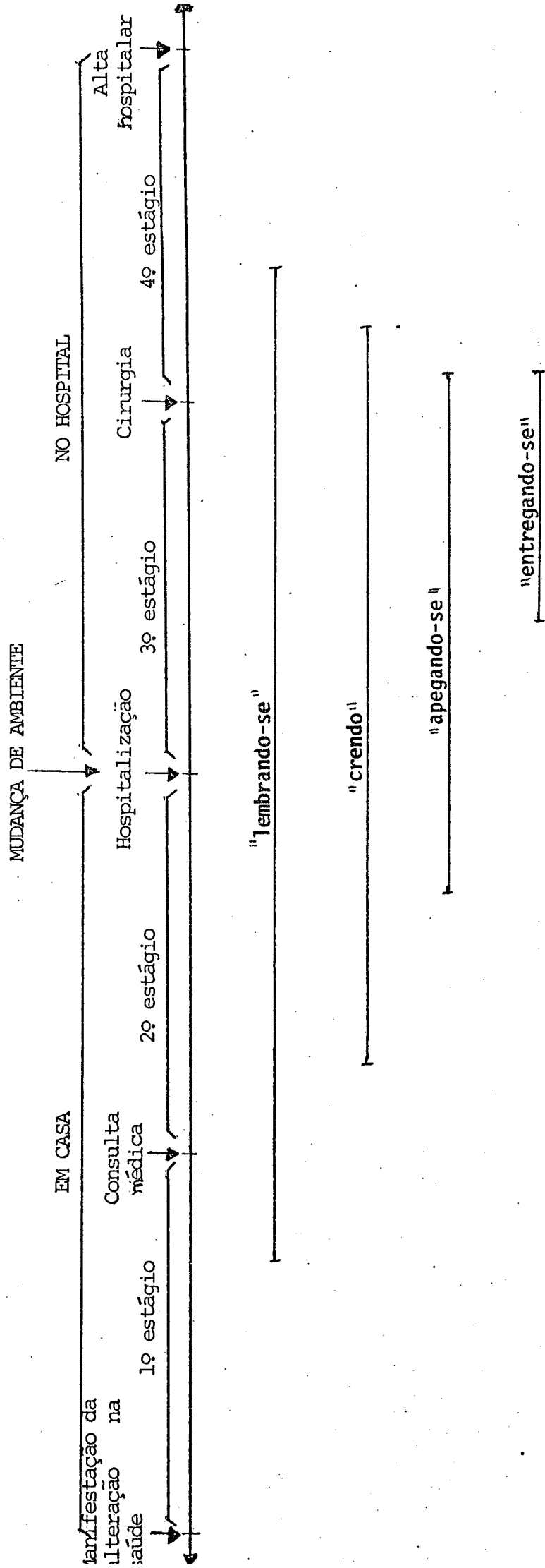


Diagrama nº 21: Os componentes do "Confiança" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

talização e cirurgia, o fato de o paciente lembrar-se, crer, apegar-se e entregar-se a um ser superior, geralmente Deus, torna mais fácil para encontrar significado e razão existencial para a sua experiência.

#### Discussão do "Confiando":

Foram encontrados dois trabalhos, realizados por enfermeiros brasileiros que abordam a questão da confiança. Um aborda a confiança em Deus, conforme sentida pelo paciente cirúrgico. O outro aborda a confiança no relacionamento enfermeiro-paciente. Há ainda um terceiro trabalho, que comenta a questão da confiança na prática médica.

O primeiro trabalho é uma pesquisa, realizada por ARAÚJO em 1976, com objetivo de verificar a necessidade religiosa de pacientes em fase pré-operatória. Ela entrevistou duzentos pacientes em pré-operatório, internados em três hospitais de São Paulo, e verificou a participação da confiança na experiência do paciente. A maioria dos pacientes falou que a prática religiosa diminuía o temor da cirurgia. Dos que afirmavam não ter medo da cirurgia, a maioria atribuiu o fato à fé e à confiança que depositavam em Deus (ARAÚJO, 1976:31).

TEIXEIRA, FORCELLA e ROLIM (1985:12-14) já estudaram outro aspecto da confiança, e seu desenvolvimento no relacionamento enfermeiro-paciente. Com base em autores, como Ruditis (1979), Hofling (1970) e Erikson (1971), fazem alguns comentários bastante interessantes e que vem ao encontro dos resultados do presente estudo. Elas dizem que, sem sentimento de confiança, o paciente tem a sensação de abandono, de infelicidade e de an

siedade. O sentimento de confiança, para elas, é um "sentimento que temos a respeito da lealdade de outra pessoa e que faz com que o indivíduo se sinta seguro nesta companhia". O seu desenvolvimento "depende do modo pelo qual as necessidades básicas foram satisfeitas nos seus primeiros anos". Se a satisfação foi insuficiente, o indivíduo tenderá a se tornar desconfiado e inseguro. Para as autoras, a confiança é uma questão muito importante para um relacionamento terapêutico. Quando está envolvida uma atividade profissional, ter a demonstração da capacitação profissional é importante para o desenvolvimento do sentimento de confiança.

HOJAIJ (1979:354-355) trata da questão da confiança no relacionamento médico-paciente. Ele diz que confiança é o sentimento de um elo a unir o paciente a seu médico. Nasce de um conhecimento mútuo. Esse elo, segundo Hojaij, está desaparecendo, pois as relações humanas têm se caracterizado pelo anonimato, desapego nas relações humanas, na forma de um encontro agudo e de uma passagem sem vínculos. Para ele, a única "mercadoria" do médico é a confiança que lhe cabe cultivar honestamente no paciente. Sem confiança, a prática médica está morta". Como se vê, Hojaij faz colocações bastante fortes.

O que foi percebido nas pacientes do presente estudo é que o "Confiança" é algo importante na experiência de cirurgia, da hospitalização e da doença. Poucos pacientes falaram do sentimento de confiança em relação à enfermagem; muitos falaram da importância de confiar no médico, mesmo sem o necessário conhecimento mútuo apontado por Hojaij. A confiança maior estava, no entanto, fundada em Deus. A confiança no médico baseava-se na confiança

fiança em Deus, nascia a partir dela.

Mesmo que esses três estudos não tenham se preocupado em identificar os componentes da vivência caracterizada pelo sentimento de confiança, pode-se notar que os componentes identificados no presente estudo estão neles presentes. A confiança em Deus, abordada por ARAÚJO (1976:31) implica na lembrança, crença, apego e entrega. A fé, por sua vez, não vem do nada, está baseada na experiência passada do paciente, ou seja, numa razão. A confiança no profissional, abordada nos dois outros estudos, segue um esquema semelhante. O paciente acredita no profissional porque o conhece, porque sabe de sua competência ou porque mantém um vínculo pessoal com ele.

A importância e a influência do "Confiando" na experiência do paciente cirúrgico nem sempre são devidamente consideradas pela enfermagem. Percebe-se na prática que ainda são poucas as vezes em que os elementos da equipe de enfermagem se dão a conhecer o suficiente para possibilitar a formação de um vínculo de confiança com o paciente. Além disso, sua contribuição para a formação de outros vínculos de confiança também tem sido pouca. Na assistência integral ao paciente, esse ainda é um dos aspectos um tanto obscuros, permitindo alguns questionamentos do tipo: qual a responsabilidade da enfermagem com o paciente que está buscando manter vínculos de confiança? Como ela pode favorecer, despertar e intensificar o "Confiando"? Se Deus é o maior ponto de confiança do paciente cirúrgico, como a enfermagem pode auxiliar o paciente no fortalecimento da confiança, quando ele está encontrando dificuldades nesse sen



tido?

#### H) "Tendo Ajuda":

O paciente não passa sozinho a experiência da doença, hospitalização e cirurgia. A família, a equipe de saúde, os amigos e religiosos, com maior ou menor proximidade e sensibilidade, acompanham o processo vivido por ele, Deus, na opinião dos pacientes e familiares também está presente. É no relacionamento com as pessoas à sua volta e com Deus que pode ser criada uma situação que facilita para o paciente a vivência da doença, hospitalização e cirurgia. Esta dá ao paciente auxílio, amparo, proteção e força para viver os eventos e problemas que marcam os períodos e estágios do processo espaço-temporal.

No primeiro estágio, em casa, antes de ir ao médico, o paciente costuma trocar idéia sobre as perturbações físicas com a família e amigos e rezam pedindo a ajuda de Deus (diagrama nº 22):

"Conversei com amigos que tinham tido o mesmo problema". (Manoel)

No segundo estágio, após a consulta médica e a notícia da necessidade de cirurgia, ele continua recebendo apoio, auxílio e força dos amigos, família e de Deus, agora já mais voltada para aceitação e preparo para cirurgia, seus eventos e problemas. O próprio paciente vai em busca do auxílio de Deus. A família o acompanha ao médico, para a realização dos exames e em alguns casos providencia a papelada para internação. Outras pessoas podem começar a as

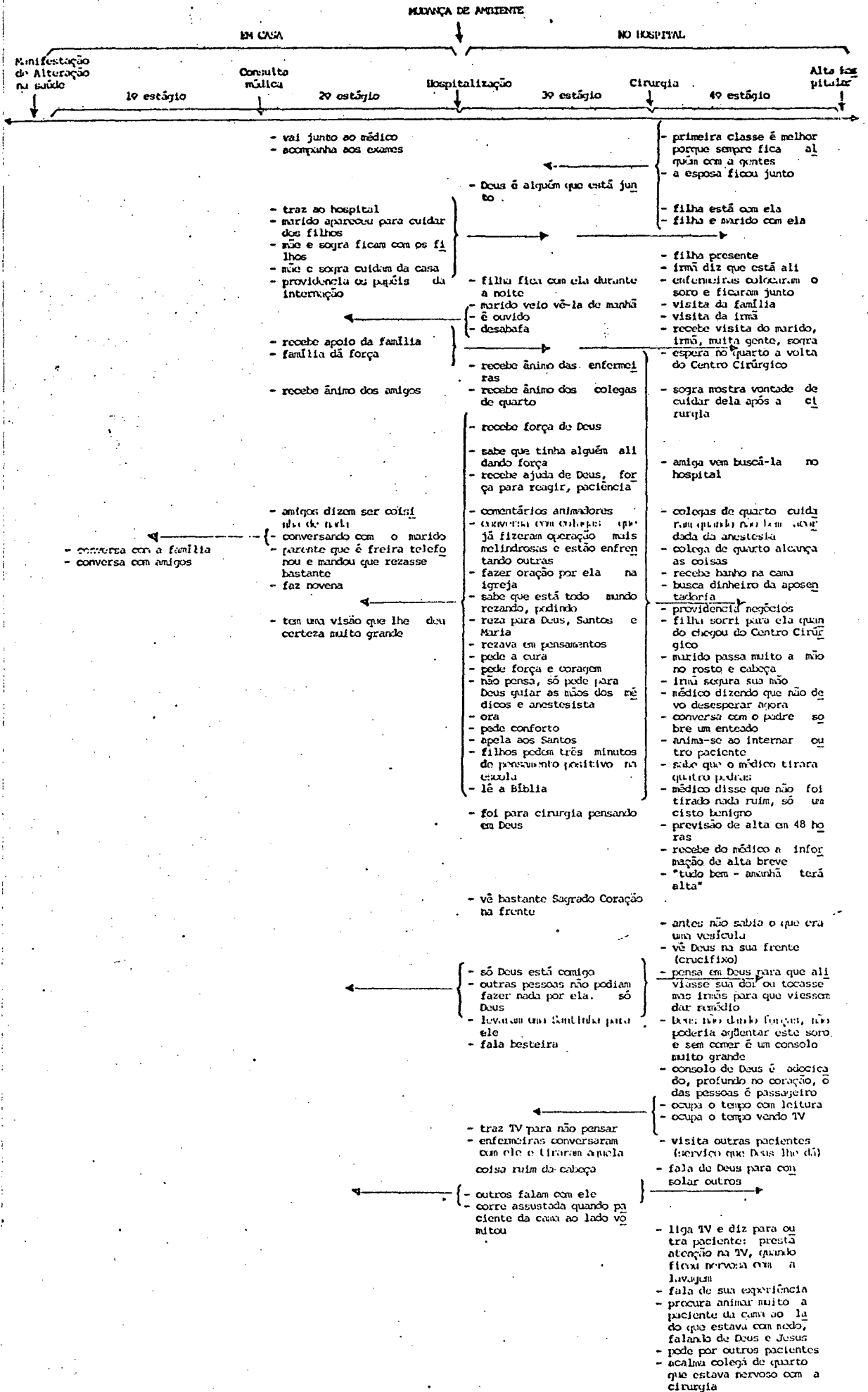


Diagrama nº 22: Vivências que facilitam a experiência do ser um Paciente Cirúrgico

sumir gradativamente os afazeres diários do paciente (diagrama 22):

"Minha nora é que ia comigo ao médico".  
(Francisco).

"Meu marido providenciou a papelada para internação". (Fátima)

"Não queria vir para o hospital. A coragem quem deu foi a minha mulher". (Luiz)

"Recebi ânimo dos amigos". (Manoel)

No terceiro estágio, após a internação, quando o paciente está vivendo a espera da cirurgia, a oração, o ânimo recebido pela família, dos amigos, dos colegas de quarto e da equipe de saúde lhe é fonte de força e ânimo. Neste estágio, o paciente se volta especialmente para Deus (diagrama nº 22):

"De noite alguém vem ficar comigo". (Leila)

"Recebi ânimo dos colegas do quarto".

"Não pensando em nada, só pedindo para Deus guiar a mão dos médicos e anestesistas". (Maria)

"Enfermeiras conversaram comigo e tiraram aquelas coisas ruins da cabeça". (Oscar)

Após a cirurgia, no quarto estágio, o auxílio, apoio e amparo ainda surgem a partir do relacionamento com Deus, com a família e com os amigos. Agora, no entanto, tem mais importância o que a família ou a equipe de enfermagem pode fazer por e para ele, dando-lhe os cuidados e esclarecimentos desejados (diagrama nº 22):

"Sandra cuidou da paciente da cama ao lado, enquanto estava inconsciente". (Nota de Observação)

"O marido passando muito a mão na cabeça e no rosto quando voltou do Centro Cirúrgico". (Tânia)

"Médico disse que não foi tirado nada ruim, só um cisto benigno". (Fátima)

"Deus não dando força, não poderia aquentar este soro e sem comer". (Antônio)

A essa experiência, que dá ao paciente auxílio, amparo, proteção e força, que é fruto do relacionamento com as pessoas em sua volta e com Deus e que facilita para o paciente a vivência do processo espaço-temporal chamou-se de "Tendo Ajuda".

Para o paciente cirúrgico, "Tendo Ajuda" envolve diferentes componentes, todos implicando uma situação de receber ou de buscar ajuda. Foram identificados ao todo seis componentes diferentes: "tendo companhia", "tendo quem faça", "sendo confortado", "sendo esclarecido", "tendo apoio ou retaguarda espiritual" e "desviando a atenção".

O "tendo companhia", é um dos mais básicos; refere-se ao auxílio prestado para evitar que o paciente se sinta só. Envolve a presença física de outras pessoas, como no "estando junto", "acompanhando", "visitando" e "esperando por" ele enquanto está no Centro Cirúrgico (quadro nº 25).

O "estando junto" ocorre quando alguém permanece junto ao paciente por um determinado tempo. Para ele, isso é especialmente importante, quando o momento envolve uma certa dificuldade:

"Minha filha e minha irmã ficam comigo durante a noite". (Leila)

"Alguns pacientes gostam quando o pessoal de enfermagem coloca o soro e fica um pouco junto com eles". (Nota de Observação)

O "acompanhando" acontece quando alguém vai com o paciente a algum lugar, como ao consultório médico e ao hospital:

"Meu filho me trouxe ao hospital". (Marli)

"Minha nora é que me levou ao médico".

(Francisco)

Quadro nº 26: O "tendo companhia" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- sempre tinha enfermeiro no quarto</li> <li>- esposa junto dele</li> <li>- primeira classe é melhor porque sempre fica alguém com a gente</li> <li>- seria pior se só tivesse eu e o meu marido</li> <li>- filha está com ele</li> <li>- filha e marido junto dele</li> <li>- filha presente</li> <li>- irmã diz que está ali</li> <li>- filha fica com ele durante a noite</li> <li>- enfermeiras colocaram o soro e ficaram junto</li> </ul>	" Estando Junto "	" Tendo Companhia "
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hora vai junto ao médico</li> <li>- alguém acompanha ao exames</li> <li>- filha traz ao hospital</li> </ul>	" Acompanhada "	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- marido vem vê-la de manhã</li> <li>- família visita</li> <li>- irmã visita</li> <li>- marido e irmão visitam</li> <li>- muita gente, inclusive a sogra, a visitam</li> </ul>	" Visitando "	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- família espera no quarto a volta do Centro Cirúrgico</li> <li>- família espera no corredor a volta do Centro Cirúrgico</li> </ul>	" Esperando Por "	

"Minha nora é que me levou ao médico".  
(Francisco)

O "visitando" ocorre sempre que alguém vem vê-lo no hospital, O momento da visita também é uma ocasião em que alguém está junto dele:

"Recebi muita visita, inclusive da sogra". (Fátima)

O "esperando por" dá-se quando o paciente tem que ir sozinho a algum lugar, mas sabe que há alguém aguardando por ele do lado de fora:

"Os familiares de Tânia ficaram esperando por ela no quarto". (Nota de Observação)

O segundo componente identificado como parte do "Tendo Ajuda" é o "tendo quem faça". Envolve o auxílio prestado quando alguém faz pelo paciente o que ele não pode fazer por si mesmo. Consiste do "cuidando", "substituindo em seus afazeres" e "tomando providências" (quadro nº 27).

Quadro nº 27: O "tendo quem faça" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- sogra mostra vontade de cuidar dela depois da alta</li> <li>- amiga vem buscá-la no hospital</li> <li>- colegas do quarto cuidam quando não vem acordada da anestesia</li> <li>- colegas de quarto alcançam coisas</li> <li>- enfermagem dá o banho na cama</li> </ul>	"Cuidando"	"Tendo Quem Faça"
<ul style="list-style-type: none"> <li>- marido apareceu para ficar com os filhos</li> <li>- mãe e sogra ficam com os filhos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- busca dinheiro da aposentadoria</li> <li>- providencia os seus negócios</li> <li>- providencia os papéis da interação</li> </ul>	"Tomando Providências"	

O "cuidando" refere-se à atenção dispensada por alguma pessoa ao paciente, com o intuito de ajudá-lo em alguma dificuldade física. Envolve, por exemplo, os cuidados de higiene, de transporte e de acesso às coisas:

"Me deram banho na cama. Só posso agradecer". (Sandra)

O "substituindo em seus afazeres" refere-se ao auxílio prestado, quando alguém faz ou desenvolve pelo paciente tarefas ou funções para as quais está temporariamente impossibilitado:

"Meu marido apareceu para ficar com os filhos". (Aparecida)

O "tomando providências" refere-se a certas medidas, prévias, ou não, que são tomadas para o paciente por outras pessoas. Envolve, especialmente, as finanças, os negócios e a papelada para a internação:

"Meu marido trouxe os papéis para internação". (Fátima)

Outro componente do "Tendo Ajuda" é o "sendo confortado". Envolve tanto o estímulo quanto o apoio recebido de outra pessoa. Nele está incluído o "recebendo afeto", o "sendo ouvido" e o "sendo animado" (quadro nº 28):

Quadro nº 28: O "sendo confortado" e seus componentes.

- enfermeira muito atenciosa, por isso sentiu-se bem no Centro Cirúrgico	}	"Recebendo Afeto"	}	"Sendo Confortado"
- filha sorri para ele, quando voltou do Centro Cirúrgico				
- marido passa muito a mão na cabeça e no rosto				
- irmã segura sua mão				
- ouve	}	"Sendo Ouvido"		
- desabafa				
- recebe apoio da família	}	Recebendo Força		
- família lhe dando força				
- recebe ânimo das enfermeiras				
- recebe ânimo dos amigos e colegas de quarto				
- ouve comentários animadores	}	Sendo Mostradas as suas Potencialidades e Possibilidades	}	"Sendo Animado"
- amigos dizem ser coisinha de nada				
- médico diz que não devia desesperar agora				
- conversa com o marido				
- conversa com a família				
- conversa com colegas de quarto	}	Tendo Exemplo Animador		
- exemplo dos colegas que já fizeram operações mais melindrosas e estão enfrentando outras				

O "recebendo afeto" refere-se ao conforto recebido através da expressão de carinho, de toque carinhoso, e da transmissão de força:

"Quando voltei do Centro Cirúrgico, minha filha estava sorrindo para mim e meu marido estava passando muito a mão na cabeça e no rosto". (Tânia)

"Enfermeira muito atenciosa, por isso me senti bem no Centro Cirúrgico". (Tereza)

O "sendo ouvido" está relacionado ao conforto recebido, quando alguém pára para ouvir o que o paciente tem a dizer, valorizando assim sua experiência:

"Conversei muito com o meu marido". (Fátima)

O "sendo animado" , por sua vez, está associado a atitudes de outras pessoas, que podem ser fonte de coragem, vigor e encorajamento. Inclui a força recebida da família e dos amigos, o exemplo animador dos colegas de quarto e o fato de serem mostradas as possibilidades e potencialidades:

"Tive o exemplo de colegas que já fizeram operações muito mais melindrosas e estão enfrentando outras". (Manoel)

O componente "sendo esclarecido" está relacionado com o fornecimento de informações e orientações ao paciente. Essas podem visar ao esclarecimento da situação ou dos cuidados a serem tomados (quadro nº 29).

No "sendo esclarecida a situação" estão incluídas as informações quanto à anatomia e fisiologia da doença e cirurgia, e transcurso da cirurgia e a previsão de alta:

"Sei que o médico tirou quatro pedras e que havia um líquido estranho". (Maria)  
"O médico disse que não tiraram nada



Quadro nº 29: "sendo esclarecido" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- antes não sabia o que era uma vesícula</li> <li>- médico explicou um pouco sobre a doença e cirurgia</li> <li>- sabe que o médico tirou quatro pedras e que havia um líquido estranho</li> <li>- médico diz que não tinha tirado nada ruim, só um cisto benigno</li> <li>- recebe do médico a informação que a cirurgia fora grande</li> <li>- médico lhe falou que ficou entre a vida e a morte, que estava toda pronta e que não devia mais operar</li> <li>- previsão de alta em 48 horas</li> <li>- recebe do médico a notícia de alta breve</li> <li>- médico disse que tudo bem, amanhã terá alta</li> <li>- a senhora deve fazer os curativos</li> <li>- deve comer mais vezes em menor quantidade</li> <li>- deve voltar ao médico em um mês</li> <li>- deve tossir e respirar fundo</li> </ul>	<p>Anatomia e Fisiologia da doença e cirurgia</p> <p>Transcurso da Cirurgia</p> <p>Previsão de Alta</p> <p>Cuidados</p>	<p>Sendo Esclarecida a Situação</p> <p>Sendo Esclarecidos os Cuidados</p> <p>Sendo Esclarecido</p>
--	---	--

ruim, só um cisto benigno". (Fátima)  
 "O médico disse que "tudo bem", amanhã  
 terá alta". (Tereza)

No "sendo esclarecido os cuidados" estão incluídas todas as orientações relativas aos cuidados que o paciente deve tomar para recuperar-se mais rapidamente e com maior segurança:

"As estagiárias estavam orientando a paciente sobre como ela deveria respirar e tossir". (Nota de Observação)

"Tendo apoio ou retaguarda espiritual" é outro componente do "Tendo Ajuda". Esse é, na opinião do paciente, um importante auxílio na situação de doença, hospitalização e cirurgia, já que aumenta sua segurança, confiança e tranqüilidade. Consiste nos pedidos feitos pelo paciente, nos símbolos religiosos que ele vê no seu preparo anterior e no auxílio recebido (quadro nº 30).

"Pedindo" refere-se às orações, rezas e promessas feitas pelo paciente para alcançar algo desejado, como a cura, o alívio da dor, conseguir urinar e correr tudo bem:

"Não pensava, só pedia para Deus guiar as mãos dos médicos e do anestesista no Centro Cirúrgico". (Maria)

"Vendo símbolos religiosos" refere-se ao apoio e retaguarda espiritual que sente quando vê algo que tem um significado religioso para ele, como um crucifixo ou uma santinha:

"Vi Deus (crucifixo) bem na minha frente".  
 (Sandra)

"Preparando-se interiormente" envolve o que o paciente faz com o objetivo de se preparar para enfrentar uma situação difícil ou de risco. Inclui o "confessar", "fazer novena", "fazer curso bíblico" e "ler a Bíblia":

Quadro 30: O "tendo apoio ou retaguarda espiritual" e seus componentes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- reza para Deus, Santos e Maria</li> <li>- rezava para urinar</li> <li>- rezava em pensamento</li> <li>- pede a cura</li> <li>- pede força e coragem</li> <li>- não pensa, só pede para Deus guiar a mão dos médicos e anestesista no Centro Cirúrgico</li> <li>- ora</li> <li>- pede conforto</li> <li>- apela aos Santos</li> <li>- pensa em Deus para aliviar sua dor ou tocas-se na mão das irmãs para que viessem dar remédio para tirar a dor</li> </ul>	Rezando	"Pedindo"	"Tendo Apoio ou Retaguarda Emocional"
<ul style="list-style-type: none"> <li>- faz promessa</li> <li>- faz promessa para Santinha</li> </ul>	Fazendo Promessa	"Vendo Símbolos Religiosos"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- vê bastante Sagrado Coração</li> </ul>	Sagrado Coração	"Vendo Símbolos Religiosos"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- vê Deus na sua frente (crucifixo)</li> </ul>	Crucifixo	"Vendo Símbolos Religiosos"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- levaram uma Santinha para ele</li> </ul>	Santinha	"Vendo Símbolos Religiosos"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- confessa</li> <li>- pede perdão</li> </ul>	Confessando	"Preparando-se Interiormente"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- faz novena</li> </ul>	Fazendo Novena	"Preparando-se Interiormente"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- faz curso bíblico</li> </ul>	Fazendo Curso Bíblico	"Preparando-se Interiormente"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- lê a Bíblia</li> </ul>	Lendo a Bíblia	"Preparando-se Interiormente"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- recebe conforto de Deus</li> <li>- recebe força da Bíblia e da oração</li> <li>- Deus dá força</li> <li>- Deus dá coragem</li> <li>- recebe confiança quando em situação difícil de sua devoção ao Sagrado Coração</li> <li>- tem uma visão que deu certeza muito grande</li> <li>- recebe paciência</li> </ul>	Condições para Enfrentar	Auxílio de Deus	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dor alivia</li> <li>- conseguiu urinar</li> <li>- sucesso na operação</li> </ul>	Acabando com Dificuldade	"Recebendo"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- conversa com um padre sobre um enteado</li> </ul>	Desabafando	"Recebendo"	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- parente que é freira telefonou e mandou que rezasse bastante</li> </ul>	Sendo Aconselhado	Auxílio dos outros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- fazem oração por ela na igreja</li> <li>- sabe que está todo mundo rezando, pedindo</li> </ul>	Outros Pedindo	"Recebendo"	

"Na quarta feira, fui participar da no vena. Fui confessar os meus pecados por que não sei o que pode acontecer ... te nho que me preparar ...". (Pedro)

"Recebendo" refere-se ao auxílio que o paciente recebe de outrem, como Deus, algum ministro religioso, amigos e familiares. O auxílio recebido de Deus engloba o recebimento de condições para enfrentar e solucionar uma determinada dificuldade, O auxílio recebido de outras pessoas engloba a possibilidade de desabafo, e o aconselhamento no âmbito do relacionamento com Deus, como também as orações feitas a Deus em favor do paciente:

"Deus não dando força não poderia aguentar este soro e ficar sem comer". (Ant<sup>o</sup>onio)

"Recebi a visita dos filhos e dos irmãos da igreja. Eles oraram por mim para aliviar a dor". (Marina)

O "Tendo apoio ou retaguarda espiritual" é um componente do "Tendo Ajuda", que não depende exclusivamente da ação de outras pessoas, como é o caso dos quatro componentes anteriormente apresentados. Este depende muito mais da iniciativa do próprio paciente e da ação direta de Deus.

"Tendo a atenção desviada" é o componente do "Tendo Ajuda" que se refere à ajuda sentida pelo paciente, quando sua atenção é desvia do problema ou evento que ele tem que enfrentar, para coisas mais alegres e agradáveis, ou, então, para as dificuldades de outros pacientes (quadro nº 31)

Quadro nº 31: O "tendo a atenção desviada" e seus componentes.

- ocupa o tempo com leitura	Lendo	} Distraindo-se	} "Tendo Distração"			
- ocupa o tempo lendo						
- ocupa o tempo vendo TV	Vendo TV					
- trouxe a TV para não pensar besteiras						
- conversa	Conversando					
- enfermeiras conversam com ele e tiram aquela coisa ruim da cabeça	Sendo Distraído					
- visita outros pacientes	Consolando Outros				} "Envolve-se com os Outros"	} "Tendo a Atenção Desviada"
- fala de Deus para consolar outros						
- acalma colega de quarto ao lado que estava nervosa antes da cirurgia						
- corre para ajudar o paciente da cama ao lado que vomitou	Fazendo por e para Outros					
- fala de sua experiência	Animando Outros					
- procura animar muito a paciente da cama ao lado que estava com medo falando de Deus e Jesus						
- pede a Deus por outros pacientes	Pedindo Por Outros					
- liga a TV para distrair a paciente da cama ao lado	Distraindo					

No "distraindo" estão incluídos tanto o "distrair-se" com leituras, TV e conversas, quanto o "ser distraído" com conversas:

"Trouxe TV para não pensar besteira".  
(Sandra)

"As enfermeiras conversaram comigo e tiraram aquela coisa ruim". (Oscar)

"Envolvendo-se com outros" é para o paciente uma forma de desviar a atenção de suas próprias dificuldades para a de outros. O objetivo deste envolvimento é ajudar outros pacientes. Foram identificadas quatro formas do paciente fazer isto: consolando outros, fazendo por e para eles, animando-os e pedindo por eles a Deus:

"Aquele moço ali ficou nervoso com a lavagem. Liguei a TV e disse para ela prestar atenção na TV". (Maria)

"Sandra correu para ajudar a paciente da cama ao lado quando ela vomitou. (Nota de Observação)

Durante o processo vivido pelo paciente cirúrgico, a necessidade de ajuda é algo bem concreto para ele. Ele precisa de ajuda para tomar e enfrentar suas decisões, como também para suportar os sentimentos desagradáveis. Cada um dos componentes do "Tendo Ajuda", de uma ou de outra forma, facilita tomar a decisão, enfrentar suas conseqüências e agüentar os sentimentos desagradáveis. Eles não são independentes, estão relacionados entre si. Alguns parecem ter uma relação mais forte. O "sendo confortado" e o "tendo apoio ou retaguarda espiritual" são dois componentes do "Tendo Ajuda" que parecem bastante ligados. Ambos tendem a aumentar a força ou a condição interior do paciente para enfrentar as situações difíceis, fortalecendo-o. Os outros

quatro componentes, o "tendo companhia", o "tendo quem faça", o "sendo esclarecido" e o "tendo a atenção desviada" não fortalecem o paciente, mas ajudam-no a viver a experiência de ser operado.

#### O "Tendo Ajuda" e alguns Aspectos Importantes:

Na experiência do paciente cirúrgico percebem-se alguns aspectos do "Tendo Ajuda" que se modificam de acordo com as características do paciente e da situação. Aqui serão comentados quatro deles: a expectativa da ajuda, a iniciativa da ajuda, a fonte da ajuda e a área da vida do paciente que necessita de ajuda.

A expectativa da ajuda é algo presente em todos os paciente, apesar das características diferentes. De acordo com isso pode-se dizer que há um tipo de ajuda que o paciente já está sentindo ou até que já sentiu. É a ajuda que o paciente efetivamente já recebeu. Há outro tipo de ajuda que ele acredita que receberá no futuro. Ele conta com ela para enfrentar as dificuldades futuras. Para isto conta especialmente com a ajuda da família e de Deus. Geralmente são ajudas que ele já experimentou em experiências passadas. Há um terceiro tipo de ajuda que ele espera receber no futuro. Ela é duvidosa. Ele não tem certeza dela. É, por exemplo, a amizade com a equipe de enfermagem e com os colegas de quarto. Quando esta ajuda esperada não acontece, o paciente tende a se sentir frustrado:

"Espero me dar bem com o pessoal de enfermagem, ser bem atendida e sarar logo."  
(Fátima)

Quanto à iniciativa do "Tendo Ajuda" percebe-se

que ela pode ser solicitada pelo próprio paciente. Ele mesmo identifica uma necessidade específica de ajuda e vai buscá-la ou pedi-la. Pode por exemplo, pedir a presença do padre ou da família; pedir que o pessoal de enfermagem faça algo por ele, como ajudar a levantar-se ou a colocar comida:

"Fui eu que pedi para chamar o padre ..."  
(Tânia)

Nem sempre, no entanto, é o próprio paciente que vai em busca da ajuda. Às vezes é outra pessoa que oferece a ajuda. Alguém da família pode, por exemplo, se oferecer para cuidar dos filhos ou da casa. Neste caso, a ajuda pode ou não ser desejada. Se ela for desejada, facilitará a vivência da experiência para o paciente. Se ela não for, e mesmo assim ocorrer, tenderá a dificultar a experiência para ele. Certas informações, conselhos ou visitas podem não ser desejadas:

"Dois crentes estiveram aqui ... tentei dormir e sonhava com eles. Eles tinham chifres ...". (Fátima)

A fonte do "Tendo Ajuda" é o terceiro aspecto em torno do qual podem haver variações. Ele pode acontecer devido à atuação de outra pessoa. Nesse caso o paciente "apenas" recebe a ajuda. A única coisa que ele pode, eventualmente, fazer é pedi-la. Ela pode vir da família, do médico, da equipe de enfermagem, dos colegas de quarto ou dos seus amigos:

"Meus filhos fizeram três minutos de penitência positivo na escola". (Maria)

A ajuda pode vir também de Deus, de Jesus ou dos Santos. Nesse caso ela depende mais de uma atitude do próprio



prio paciente, não havendo necessidade da interferência de outra pessoa. Ele mesmo mantém um relacionamento com Deus e faz os seus pedidos. Outra pessoa também pode pedir a Deus pelo paciente, mas o pedido ou o relacionamento da paciente não depende de uma terceira pessoa:

"Pensando em Deus para que aliviasse sua dor ou tocasse nas irmãs para que viessem dar remédio". (Mariana)

O paciente pode também tentar buscar em si mesmo as condições para enfrentar a situação. Ele pode tentar desviar sua atenção ou tentar animar a si mesmo. Isto geralmente só ocorre quando o paciente tem certa segurança ou confiança em si mesmo, nas pessoas que o cercam e em Deus. Ou seja, só quando o paciente mantém um certo vínculo de ajuda com os outros e com Deus é que ele pode ajudar a si mesmo:

"Fui visitar outros pacientes ... conversava com eles". (Aparecida)

O quarto aspecto identificado é a área da vida do paciente que precisa de ajuda. Foram identificadas quatro áreas: a afetiva, a espiritual, a física e a racional. A ajuda à área afetiva se observa especialmente quando alguém lhe faz companhia, lhe dá afeto ou o anima. Esse alguém pode ser a família, colegas, equipe de saúde ou Deus. Então o interior do paciente é fortalecido, ele adquire mais ânimo, confiança e tranquilidade:

"Meu marido ficava passando a mão na minha cabeça e no meu rosto". (Tânia)

A ajuda à área espiritual acontece especialmente na forma do apoio ou retaguarda espiritual. Ela acontece, geralmente, através da ação de Deus, de ministros religio

sos. Essa ajuda tende a levar também, ao fortalecimento do interior do paciente dando-lhe maior esperança, confiança, segurança e tranquilidade:

"Tive uma visão que me deu uma certeza muito grande de cura". (Aparecida)

A ajuda na área física acontece especialmente quando algo é feito pelo paciente. Quando ele é ajudado nos seus cuidados de higiene ou afazeres devido as perturbações físicas e à perda do controle. Nessa área atuam principalmente a família, a equipe de enfermagem e os colegas de quarto:

"Minha mãe é que ficou cuidando dos meus filhos ...". (Tereza)

"Estou agradecida por aquela moça ter da do banho em mim". (Sandra)

A última área identificada é a racional. Ocorre quando o paciente é esclarecido para que conheça melhor a realidade, possa participar mais e decidir com maior segurança. Aqui pode atuar especialmente o médico, a equipe de enfermagem e leigos, como a família e os colegas:

"O médico disse que não tinha tirado nada de ruim, só um cisto benigno". (Fátima)

### "Tendo Ajuda" e o Processo Espaço-Temporal vivido pelo Paciente Cirúrgico:

"Tendo Ajuda" é algo que ocorre no transcorrer de todo o processo vivido pelo paciente cirúrgico. Ele, no entanto, não é o mesmo durante todo este espaço de tempo. Mesmo que os seis componentes que o integram possam ocorrer em qualquer momento do processo, há ocasiões em que um ou outro tende a se destacar.

O componente "**tendo companhia**" tende a evidenciar-se em parte do segundo estágio, em todo do terceiro estágio e no início do quarto estágio, quando a presença de alguém é muito desejada pelo paciente (diagrama nº 23). "**Tendo quem faça**" é o componente que tende a destacar-se em parte do segundo e no início do quarto estágio. É quando o paciente mais precisa que façam algo por ele, que o ajudem providenciando o que ele necessita, que o ajudem nos cuidados de higiene e alcançando-lhe o que deseja (diagrama nº 23). O componente "**sendo confortado**" tende a ocorrer e ganhar um significado especial no final do segundo e durante todo o terceiro estágio (diagrama nº 23). É nessa ocasião, antes de internar e antes da cirurgia, que ele mais precisa receber afeto e ânimo. "**Sendo esclarecido**", por sua vez, tende a acontecer com maior frequência no início do segundo estágio, quando o paciente vai ao médico e tem a notícia de que tem que operar (diagrama nº 23). O esclarecimento, nesta ocasião e na medida da necessidade do paciente, pode auxiliar muito na tomada de grande decisão: operar ou não operar. Mais tarde, no quarto estágio, a necessidade de ser esclarecido volta a ter destaque (diagrama nº 23). É quando ele deseja saber como transcorreu a cirurgia, quando terá alta e quais os cuidados que deve ter. O "**tendo apoio ou retaguarda espiritual**" é o componente do "**Tendo Ajuda**" que por mais tempo se evidencia no processo espaço-temporal. O paciente tende a se voltar para Deus e a buscar nele ajuda desde o primeiro estágio, antes da consulta médica e da notícia da cirurgia, até o início do quarto estágio, quando o desconforto diminui e ele volta a ser mais

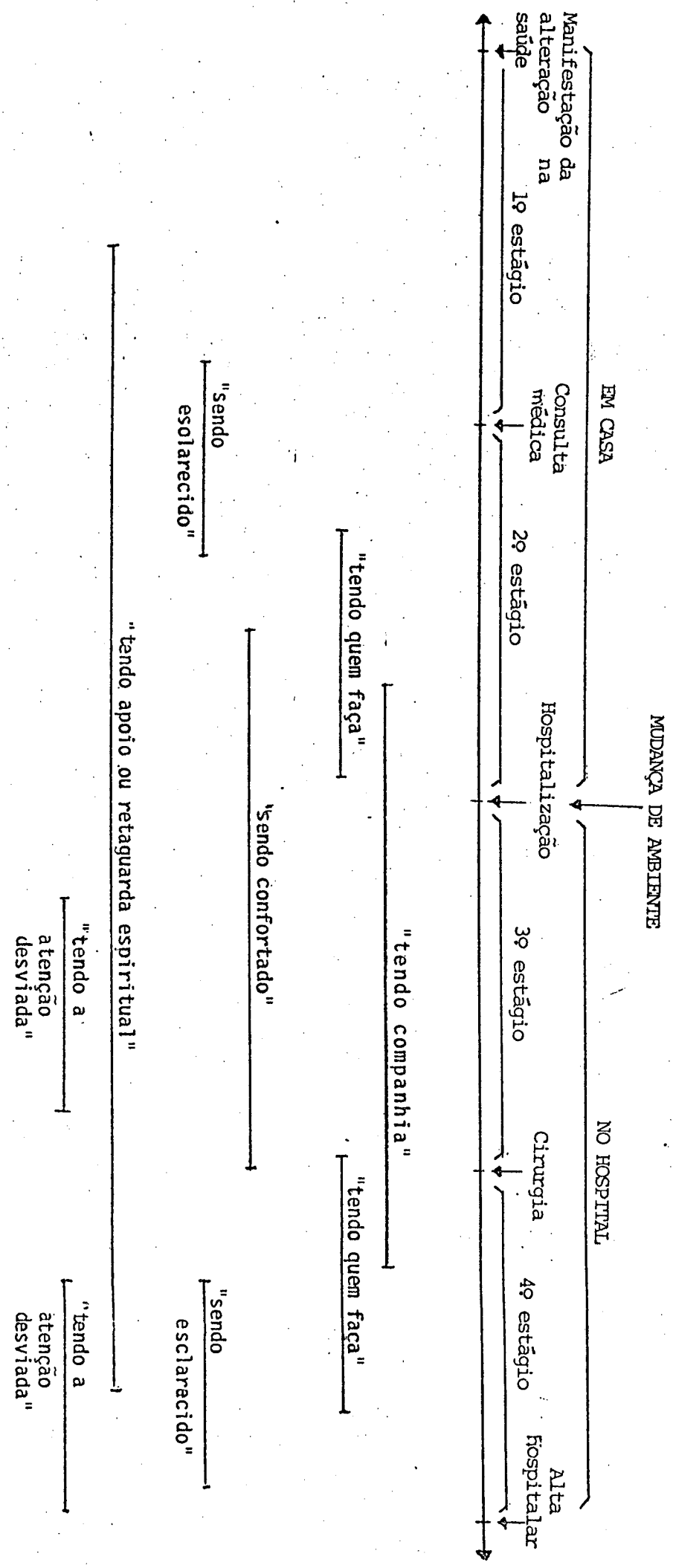


Diagrama nº 23: Os compromissos do "Tendo Ajuda" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

independente fisicamente (diagrama nº 23). Deus, para o paciente, é sempre uma fonte de força e de apoio. O "tendo desviada a atenção" tende a se destacar em dois momentos: no terceiro estágio, antes da cirurgia e no quarto estágio, já mais próximo à alta. Antes da cirurgia, quando não há mais nada a ser feito e ao paciente só resta esperar, distrações como conversas, ler ou ver TV, são muito úteis. Posteriormente, já próximo à alta, o tempo costuma a ser ocupado também com a ajuda aos outros pacientes (diagrama nº 23).

#### "Tendo Ajuda" e sua Relação com as Demais Categorias:

"Tendo Ajuda" facilita a experiência do paciente cirúrgico durante todo o processo vivenciado por ele. Cada uma de suas vivências, as categorias, são mais diretamente influenciadas e facilitadas por um componente específico do "Tendo Ajuda".

"Buscando Solução" para os problemas encontrados no decorrer do processo espaço-temporal pode ser muito facilitado se o paciente for adequadamente esclarecido. As três primeiras etapas do "tentando resolver", "buscando esclarecimento"; "avaliando" e "decidindo", podem ser muito beneficiadas, se o paciente receber o esclarecimento desejado, pois sua decisão tenderá a ser mais apropriada e de acordo com a realidade da situação. A última etapa, "fazendo", também será beneficiada pelo esclarecimento e pelo auxílio que ele poderá ter na execução de suas decisões.

A categoria "Tendo Perturbação Física" também poderá ser facilitada se algumas pessoas à sua volta se dis

puserem a "fazer o que ele não pode fazer por si mesmo". Se o paciente for cuidado, substituindo nos seus afazeres e se o ajudarem a providenciar o que estiver necessitando, ele tenderá a sofrer menos com a perturbação física.

Quando o paciente vive o "Esperando", são outros componentes do "Tendo Ajuda" que podem auxiliá-lo. Quando, como antes da cirurgia, o paciente tem que esperar o evento chegar, o fato de ter alguém para fazer companhia, de ser confortado e ter apoio ou retaguarda espiritual facilitada muito para ele esta experiência, amenizando os sentimentos desagradáveis que dela fazem parte.

O "Perdendo Controle" também é influenciado pelo "Tendo Ajuda". Nesse caso, quatro componentes, podem facilitar a experiência ao paciente. O "tendo apoio ou retaguarda espiritual" pode fornecer-lhe um ponto de confiança ou segurança, quando ele percebe não ter mais controle da situação, já que Deus tende a ser visto por ele como alguém que tem esse controle. O "tendo quem faça", por sua vez, pode facilitar bastante para o paciente a vivência da experiência do "não conseguindo cuidar de si". Se o paciente tiver alguém para fazer por e para ele, o que ele não pode fazer, essa vivência lhe será bastante facilitada. O "sendo esclarecido" também pode ter sua influência. Se o paciente for esclarecido, o "não sabendo" diminui. Isto lhe dará um maior controle da situação. O "sendo confortado" também pode ajudar o paciente, pois, se ele receber afeto e ânimo tenderá a ter mais estímulo e força durante a experiência difícil, que é a perda do controle.

O "Sofrendo Emocionalmente" também é normalmente

bastante afetado pelo "Tendo Ajuda". Tanto o "**tendo apoio ou rétaguarda espiritual**", quanto o "sendo confortado", o "**tendo companhia**" e "**tendo atenção desviada**", podem diminuir muito o sofrimento emocional. As sensações de confiança, tranqüilidade, ânimo, afeto, companhia e distração podem aliviar o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação".

O "Tendo Ajuda" também está relacionado com o "Buscando Explicação" e o "Confiando". Os três amenizam a experiência para o paciente cirúrgico. Além disso, percebe-se que o "Tendo Ajuda" facilita ao paciente encontrar explicação para a situação vivida, como também encontrar e fortalecer sua confiança. O "sendo esclarecido" favorece o encontro da explicação desejada, enquanto que o "**tendo apoio e rétaguarda espiritual**" favorece o fortalecimento da confiança em Deus. Com isso, evidenciam-se os pontos de apoio do paciente, e a vivência desagradável e difícil, que é ser um paciente cirúrgico é em parte contrabalançada.

#### Discussão do "Tendo Ajuda":

Alguns e diferentes aspectos da ajuda são abordados em diversos estudos realizados no âmbito da enfermagem brasileira. CARVALHO (1980:65-68), ao refletir sobre a relação de ajuda e a totalidade da política da enfermagem, faz algumas colocações importantes. Ela diz (CARVALHO, 1980: 65), baseada em Chabassus (1971), que a relação de ajuda "comporta um processo interativo que se desenvolve entre duas pessoas - ajudado e ajudador". Nesse processo, afirma ela, segundo Rogers (1973), "pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a

maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida". E continua: "isto significa que ajudar o outro é levá-lo a alcançar os comportamentos compatíveis com a auto-suficiência e a auto-determinação, frente às queixas da vida. Mas significa também que a vitalidade do processo radica-se na capacidade dos participantes de se relacionarem com interesse, empenho e objetividade". Mais adiante, no mesmo trabalho, CARVALHO (1980:66), com base em Loffredi (1972), diz que a "relação de ajuda tem por objetivo, facilitar o alcance, em graus satisfatórios, da integração, da identidade e da auto-realização, possibilitando e estimulando um contínuo crescimento pessoal". As pessoas envolvidas aprendem a superar as limitações que interferem nas situações da vida e na necessidade de ajuda.

CARVALHO (1980:66,68) também faz menção a diferentes formas de ajuda: atendimento às necessidades básicas, orientação, uma contribuição efetiva nas condições de equilíbrio ou apoio total nos momentos de crise, auxílio para tomar decisões ou para resolver problemas, uma palavra de conforto, a presença amiga nas horas de desalento. No atendimento às necessidades imediatas e de longo termo do paciente, estão incluídas a prestação de cuidados físicos, o apoio emocional, o amparo espiritual, e a reeducação, visando às mudanças no estilo de vida. Na relação de ajuda, diz CARVALHO (1980:67) se expressa afeto: "ocorre porque uma das partes precisa de informação, instrução, conselho, compreensão, apoio ou tratamento que a outra parte pode oferecer".

Mesmo que o objetivo de Carvalho não tenha sido identificar os componentes da ajuda, suas reflexões vão de encontro



dos resultados deste estudo. Nele, "Tendo Ajuda" é uma vi vê nc ia que facilita para o paciente a experiência de ser operado. Ela é fruto do relacionamento com as pessoas e com Deus. Estes dois aspectos da ajuda estão plenamente de acordo com as idéias apresentadas por Carvalho, pois ela diz que a relação de ajuda é um processo interativo, que promove um melhor funcionamento e capacidade de enfrentar a vida. Ao mesmo tempo, Carvalho menciona alguns aspectos relativos à ajuda que não foram claramente identificados no presente estudo: o crescimento, o desenvolvimento e a maturidade. Isto talvez se deva ao fato de, nesse estudo, o "Tendo Ajuda" ter sido verificado num tempo muito limitado e especificamente junto ao paciente cirúrgico. Quanto aos componentes do "Tendo Ajuda", Carvalho não os menciona claramente. Ele aborda apenas as formas de ajuda, mas que são semelhantes à cinco dos seis componentes identificados: "tendo companhia", "sendo confortado", "sendo esclarecido", "tendo apoio ou retaguarda espiritual". Isso confirma os resultados do presente estudo. O sexto e último dos componentes do "Tendo Ajuda", o "tendo a atenção desviada" que envolve o "tendo distração" e o "envolvendo-se com outros", apesar de não citado nesse estudo, é também uma forma de facilitar a experiência para o paciente cirúrgico.

Dos seis componentes do "Tendo Ajuda" um deles já foi bastante explorado no âmbito da enfermagem brasileira: o "sendo esclarecido". Várias pesquisas que abordavam a questão da orientação já foram realizadas. KAMIYAMA e NAKAZAWA (1975:357), por exemplo, verificaram que 15,2% das expectativas dos pacientes era com relação à orientação e ao

esclarecimento sobre a doença e o tratamento. YOKOTA (1983: 86) e PANZA (1977:61) também verificaram que o desejo de orientação sobre a cirurgia e/ou anestesia e o esclarecimento de dúvidas são expectativas prioritárias para o paciente.

GONÇALVES (1977:75), estudando as respostas emocionais apresentadas pelos pacientes, por ocasião da internação hospitalar, também verificou que as pacientes do grupo experimental, recebidas por enfermeiras, que seguiam um determinado roteiro de orientação, apresentavam respostas emocionais em menor grau de intensidade. Estas pacientes também disseram estar bem mais tranquilas, após a orientação. Uma hora após a internação, as pacientes do grupo de controle ainda tinham várias perguntas e dúvidas relativas a tempo de internação, cirurgia e anestesia. Por outro lado, dois terços dos pacientes do grupo experimental considerou-se orientado em tudo. ALVARES (1975:16,50,51), estudando a orientação do paciente como função da enfermeira - uma aplicação em assistência de enfermagem cirúrgica, verificou que a orientação também influencia na recuperação e prevenção de complicações pulmonares. O estudo foi realizado junto a pacientes cirúrgicos, submetidos a cirurgias abdominais internados no hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). O grupo experimental recebeu vinte minutos de orientação pré-operatória. Ela pôde identificar que os pacientes do grupo apresentaram incidências significativamente menores de complicações pulmonares, ao mesmo tempo que colaboraram mais com a enfermagem na execução do regime de solicitação no pós-operatório, mesmo que não tenha alterado de forma significativa o tempo

de permanência no hospital. ROZA (1980: 22 e 95) estudando a validade da orientação planejada ao paciente adulto submetido a cirurgia supramesocólica, verificou que "o nível de auto-cuidado dos pacientes que receberam orientação planejada (trinta pacientes) no pré-operatório, foi significativamente maior que o dos pacientes do grupo controle (trinta pacientes) que não receberam essa orientação, com relação ao desempenho dos procedimentos de respiração profunda, tosse, movimentação no leito, levantar do leito e deambular. No entanto, para a variável micção em decúbito num recipiente próprio enquanto perdura o repouso no leito, não se constatou estatisticamente essa diferença significativamente menor no grupo experimental".

Dois outros estudos, realizados com pacientes que se submeteram a exames radiológicos também mostraram a importância da orientação. URATANI (1982: VIII, IX), tendo como amostra oitenta pacientes do serviço de radiologia de um hospital escola do Paraná, avaliou, através do índice de suor palmar e do levantamento das percepções dos pacientes, o efeito da orientação de enfermagem sobre o estresse do paciente submetido a exames radiológicos. Ela verificou que, apesar do índice de suor palmar não ter sido eficaz como medida de avaliação do estresse naquele contexto, as percepções dos pacientes mostraram que os pacientes sentem-se inseguros com relação aos exames. "A orientação de enfermagem não diminui o número de problemas percebidos durante o exame, mas atenuou o desconforto e transmitiu segurança" (ÁLVARES, 1975: VIII), HORIUCHI (1982:22-24, 70-72, 54-58), estudando, com base numa amostra de sessenta pacientes, os problemas bio-psi

co-espirituais mais sentidos por pacientes que se submeteram a procedimentos de diagn<sup>o</sup>stico, no departamento de Medicina e Cirurgia da Santa Casa de Miseric<sup>o</sup>rdia, de um estado do sudeste do Brasil, chegou a importantes conclus<sup>o</sup>es. Primeiro: verificou que n<sup>o</sup> havia um plano de orienta<sup>o</sup> e que, quando a equipe de enfermagem n<sup>o</sup> orientou o paciente, outras pessoas tendiam a suprir essa aus<sup>e</sup>ncia. Segundo: os pacientes manifestaram interesse em receber orienta<sup>o</sup>, mas os pacientes parcialmente orientados apresentam os mesmos problemas psico-espirituais que os n<sup>o</sup> orientados, mostrando a import<sup>a</sup>ncia de orienta<sup>o</sup>es integrais. Terceiro: nos resultados do estudo, tamb<sup>e</sup>m p<sup>o</sup>de verificar a necessidade de orienta<sup>o</sup>es verbais e n<sup>o</sup> s<sup>o</sup> escritas, j<sup>a</sup> que os pacientes com baixo n<sup>o</sup>vel de escolaridade t<sup>e</sup>m maior dificuldade de compreend<sup>e</sup>-las. As orienta<sup>o</sup>es consideradas mais importantes foram aquelas que forneciam informa<sup>o</sup>es quanto a cuidados necess<sup>a</sup>rios antes do exame, demora do exame, como e o que ser<sup>a</sup> feito e sua import<sup>a</sup>ncia.

Quanto ao cont<sup>e</sup>udo das informa<sup>o</sup>es, o estudo de SILVEIRA (1976:91, 21-29, 77-86) traz mais alguns esclarecimentos importantes. Seu estudo foi realizado com cento e dez pacientes de cl<sup>inica de cirurgia geral e todos os enfermeiros de dois hospitais de Salvador. Ela verificou haver uma concord<sup>a</sup>ncia parcial entre enfermeiros e pacientes, quanto <sup>a</sup> valoriza<sup>o</sup> das informa<sup>o</sup>es consideradas mais importantes para o paciente recem hospitalizado. Ambos consideravam muito importante as informa<sup>o</sup>es sobre o tratamento, sendo que as informa<sup>o</sup>es mais solicitadas pelos pacientes era a data prov<sup>av</sup>el da cirurgia, e a explica<sup>o</sup> sobre todos os cuidados e tratamento</sup>

tos. As informações sobre a doença, de forma geral, foram muito valorizadas pelos pacientes, que lhe atribuíram muita importância, especialmente, a aspectos como etiologia, sinais e sintomas, complexidade da doença, prognóstico, esclarecimento sobre seqüelas, estado geral e sinais vitais. As informações sobre o ambiente e rotinas hospitalares tiveram mais importância para os enfermeiros que para os pacientes. As que visam disciplinar o sistema de vida hospitalar tendem a ser até rejeitadas pelo paciente. As mais valorizadas, contudo, estão relacionadas diretamente com a sua segurança e com o atendimento das necessidades fisiológicas (banheiro e campainha); tem também, certa importância para o paciente o horário da visita do médico e da família e da possibilidade de acompanhante. As informações sobre a equipe de saúde são semelhantes para enfermeiros e pacientes quanto ao seu valor e conteúdo, com a diferença de que para o paciente é mais prioritário conhecer o médico que o enfermeiro. O enfermeiro, por sua vez, acha muito importante apresentar a si mesmo e a equipe de enfermagem ao paciente, o mesmo, ocorrendo com o nutricionista e a assistente social. SILVEIRA (1976:91) conclui afirmando: "antes de dar a informação ao paciente, é fundamental verificar o que ele deseja saber".

0 "sendo esclarecido", conforme descrito nos resultados do presente estudo, é confirmado pelos resultados das pesquisas citadas, mesmo que elas não tenham se preocupado em identificar os seus componentes. Seus dois componentes, "esclarecendo a situação" e "esclarecendo os cuidados", referem-se a orientações, informações e esclarecimen

tos, como anatomia e fisiologia da doença, a cirurgia e seu transcurso, previsão de alta, o que o espera no futuro e os cuidados necessários.

Fora do contexto da enfermagem brasileira, há o trabalho de MIDDLETON (1986:75-101), um estudo sobre o "ajudando". Diz ele que "muitos de nós dizem que ajudar é cuidar de outra pessoa ou interferir na vida de outra pessoa para fazer as coisas mais fáceis para ela" (MIDDLETON, 1986:77). E continua dizendo que, às vezes, no entanto, ajudar significa não interferir ou deixar que a pessoa se afaste de nós. Há variadas formas de ajudar, pois a situação vivida pelo paciente é única. Definindo de forma simples, ajuda é uma forma de assistir alguém que está em necessidade. Envolve relacionamento e interação. Com base em Carkuff e Berenson (1977), ele (MIDDLETON, 1986:80) assegura que os objetivos da ajuda são quatro: exploração, compreensão, ação e aprendizagem. MIDDLETON (1986:88) também identifica estágios no ajudar: formação da confiança, resistência, trabalho e término. Para ele (MIDDLETON, 1986:82-87), relacionamentos de ajuda são universais, sendo encontrados no contexto social e profissional. Envolve expressão de cuidado, calor e apoio emocional e a assistência a outra pessoa e grupo para o crescimento emocional, social, espiritual, cognitivo e físico. A ajuda profissional tem a mesma base que a ajuda social, apesar de diferir dela em aspectos como: ter um objetivo específico, ser focalizada no cliente, não ser baseada na amizade, ter tempo limitado, ter desejo de desenvolver a independência, entre outros. O ajudador ouve e dá informações relativas a seu

papel profissional. No "Tendo Ajuda", são identificados vários dos aspectos comentados por MIDDLETON (1986:75-101).

No presente estudo, "Tendo Ajuda" também foi definido como algo que envolve e acontece no relacionamento com pessoas à sua volta e com Deus, facilitando a vivência do processo para o paciente. A ajuda só não facilitou o processo para o paciente quando ele não a desejava ou quando essa ajuda não estava de acordo com a sua opinião. O paciente cirúrgico experimenta especialmente a ajuda social, da família e de amigos, mesmo que a ajuda profissional, fruto do seu relacionamento com a equipe de enfermagem, com médico e ministros religiosos ou leigos, também esteja presente. Não foi objetivo do presente estudo identificar os objetivos e estágios da ajuda e sim os seus componentes. Mesmo assim, é conveniente um breve comentário sobre o assunto. No tipo de ajuda prestada ao paciente e buscada por ele, os objetivos e estágios mencionados por Middleton podem ser identificados. As necessidades, problemas ou dificuldades podem ser exploradas e compreendidas pelo paciente, grupo social e profissional. A ação é algo muito presente para as pessoas que estão em volta do paciente que para ele próprio, mesmo que ele possa solicitar coisas e dar determinações. A aprendizagem acontece no decorrer de toda a experiência podendo ser fruto dos esclarecimentos e da vivência em si. O resultado final desta aprendizagem não pôde ser verificado, pois o último contato com o paciente foi no dia da alta hospitalar, quando sua experiência como paciente cirúrgico ainda não havia terminado. Também pôde ser observado que, para a ajuda profissional o vínculo da

confiança é necessário, mesmo que nem sempre o paciente se exponha com facilidade, pois ele pode demonstrar uma certa resistência em ser ajudado. Na ajuda prestada ao paciente cirúrgico percebe-se diferentes estágios, como os de trabalho, de envolvimento, de busca de solução e o estágio do término da ajuda, que, no caso da relação paciente cirúrgico-enfermeiro, acontece na alta hospitalar.

Mesmo que Middleton não faça referência aos componentes do "ajudando", percebe-se que os componentes que integram o "Tendo Ajuda" estão indiretamente presentes na sua definição de ajuda. Os termos usados por ele para definir ajuda é cuidar, dar calor, dar apoio emocional. Cuidar é um termo bastante amplo, que pode incluir vários aspectos dos seis componentes identificados. Calor e apoio emocional incluem aspectos dos componentes "sendo confortado", "tendo companhia" e até "tendo a atenção desviada". As quatro áreas da ajuda apontadas por Middleton estão de acordo com as identificadas no presente estudo, apesar de ele mencionar a área social, não abordada no presente estudo. Ela pode, no entanto, juntamente com a área emocional, estar incluída na área afetiva, que se refere ao ânimo, afeto, confiança, tranqüilidade e fortalecimento interior, fruto do relacionamento com a família, amigos, Deus e profissionais da saúde.

CARKHUFF (1979) , também aponta áreas da vida ou necessidades que podem precisar de ajuda. Ele diz que a ajuda é um processo que leva a pessoa ajudada a novos comportamentos. Para ele, a ajuda envolve o atendimento às necessidades físicas, às necessidades emocionais e às neces



sidades intelectuais. A ajuda prestada e recebida pelos pacientes do presente estudo envolviam quatro áreas, semelhantes às três necessidades mencionadas por Carkhuff, afetiva, espiritual, física e racional. As necessidades físicas estão relacionadas à área física. As necessidades emocionais estão prioritariamente relacionadas com a área afetiva e num segundo plano com a área espiritual. Por último, as necessidades intelectuais estão vinculadas à área identificada como racional. Carkhuff não menciona as necessidades espirituais em seu estudo, no entanto, elas tiveram uma significativa importância para os pacientes do presente estudo.

Na prática da assistência prestada ao paciente cirúrgico, apesar das muitas atividades técnicas exigidas, percebe-se que há um espaço importante para a enfermagem no "Tendo Ajuda". Ela tem uma oportunidade única de facilitar a experiência para o paciente cirúrgico. A enfermagem pode ajudá-lo fazendo-lhe companhia, fazendo algo por ele e para ele, confortando-o, esclarecendo-o, apoiando-o espiritualmente ou desviando sua atenção dos problemas. A questão é: Até que ponto ela tem encarado a ajuda ao paciente como parte de sua responsabilidade?

#### I) "Tendo que ..."

Quando o paciente adoecer e recebe a notícia da necessidade de cirurgia, ele passa a viver uma situação na qual se sente forçado ou pressionado a fazer alguma coisa e a submeter-se a outras, todas relacionadas à cirurgia e

à doença. Este tipo de vivência, que traz consigo a idéia de obrigatoriedade da cirurgia, se manifesta durante todo o processo vivido pelo paciente cirúrgico.

Em casa, quando surgem as primeiras manifestações da doença e estas começam a se tornar desconfortáveis, a incomodar o paciente e alterar-lhe a rotina de vida, ele se sente como que forçado a ir ao médico, mesmo que esta idéia não lhe agrade (diagrama nº24):

"A hêrnia surgiu há uns 8 a 9 meses. No início não incomodava, mas agora dóia , por isso procurei o médico". (Luiz)

Após a consulta médica e a notícia da necessidade de cirurgia, a pressão de ter que fazer algo que não agrada aumenta. Ele, mesmo tendo em suas mãos a decisão final de ser operado ou não, se sente forçado a decidir pela operação e a ir para o hospital (diagrama nº24):

"Tem que ir, tem que operar, vamos, né?"  
(Tereza)

"Tem que aceitar, nem sempre vem tudo de bom para gente". (Oscar)

"Se eu ficasse em casa, morreria". (Ana)

Após a hospitalização, ele continua sentindo-se obrigado a fazer a cirurgia. Mesmo preocupado ou com medo, o paciente tem que fazer os preparos pré-operatórios e ir para o Centro Cirúrgico (diagrama nº24):

"Agora tem que operar, preocupar não adianta". (Antônio)

"Tenho que me conformar, mesmo meio apavorada". (Marisa)

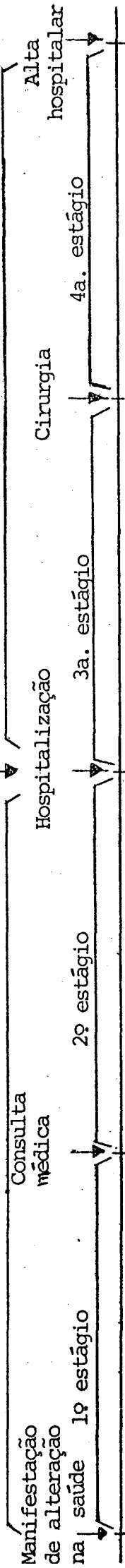
"Eu sentia que estava arriscando a vida com a anestesia, tem pessoa que não acorda mais". (Maria)

Com a realização da cirurgia, a sensação de ser forçado ou pressionado a operar vai gradativamente diminuindo. Neste estágio do processo, evidencia-se a necessi

MUDANÇA DE AMBIENTE

NO HOSPITAL

EM CASA



- teve que ir ao médico, senão poderia ser pior
- foi obrigado a operar
- reflete: tem que ir, tem que operar, vamos, né?
- pensa: tem que operar
- decide operar e acabar de uma vez com isto
- pensa: o que tem que ser feito, tem que ser feito
- diz: tem que aceitar, nem sempre vem tudo bom para gente
- pensa: tem que aceitar a operação
- acha que se ficasse em casa, morreria
- pensa: agora tem que operar, preocupar não adianta
- está com receio mas tem que ir
- antes não aceitava ter que ficar no hospital
- tem que se conformar
- tornou-se mais conformada
- tem que se conformar mesmo meio apavorada
- chocada no início, mas se conformou
- aguenta porque é calma
- sentiu que estava arriscando a vida com a anestesia
- tem pessoas que não acordam mais
- pensa: talvez fosse e não voltasse viva
- na anestesia a vida está em risco. Qualquer erro e a pessoa vai para o aparelho e vai para UTI
- tem que ter paciência de ficar só na cama, é chato ficar só na cama, se pudesse ir embora ...

Diagrama nº24: Sensações e reflexões relacionadas ao fato de o paciente sentir-se obrigado, pressionado ou forçado.

dade de ter que suportar o desconforto físico e ficar mais preso no leito (diagrama nº 24):

"Tem que ter paciência de ficar só na cama". (Miriam)

"No quinto dia após a cirurgia, Leila ainda não levantou da cama. Ela diz: é chato ficar na cama, se eu pudesse ir em bora ...". (Nota de Observação)

Esta experiência, caracterizada pela sensação de ser forçado ou pressionado a fazer algo que não lhe agrada, de sentir-se obrigado a viver uma situação desagradável, foi chamada de "Tendo que ...". Esta é uma vivência que para ele significa e envolve diferentes aspectos.

Primeiramente, esta é uma situação que é percebida como "não tendo opção". O paciente se sente como não tendo outra opção a não ser operar-se. Ele sente-se forçado a decidir fazer a operação, e conseqüentemente, a cumprir as etapas do processo espaço-temporal (quadro nº 32):

"Decidi operar e acabar de uma vez com isto". (Sueli)

"Tinha que vir para o hospital". (Maria)

O "arriscando-se" é outro aspecto presente na vivência do "Tendo que ...". Para o paciente cirúrgico, esta é uma situação de risco e ameaça. Um "jogo", no qual há a possibilidade de ganhar ou perder. Ele tem a sensação de estar correndo o risco de perder sua vida e de ter complicações (quadro nº 32). É uma situação de incerteza, onde o sucesso não é garantido:

"Talvez eu fosse viva, e voltasse morta!"  
(Aparecida)

"Tinha medo, mas era obrigada a vir. Ficar em casa não adianta. Pode dar uma doença ruim."

O terceiro aspecto presente na vivência do "Tendo que ...", é o "sujeitando-se". O paciente tem que submeter-se e resignar-se a determinadas situações e condições. Ele tem que aceitá-las, conformar-se com elas, agüentá-las (quadro nº 32):

"Tem que aceitar a operação" ... (Fátima)

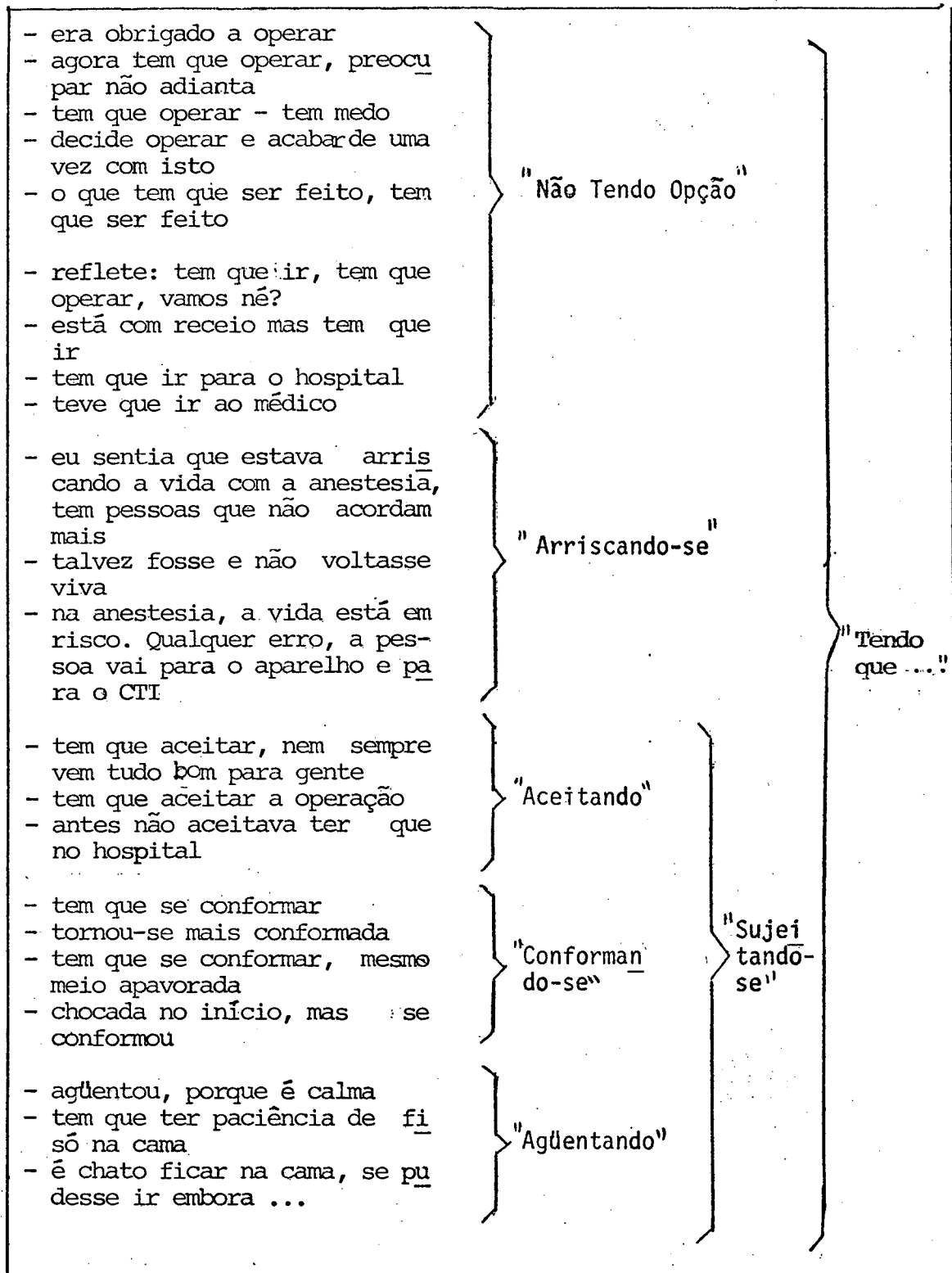
"Fiquei chocado no início, mas me conformei". (Oscar)

"Agüentei porque sou calma". (Sandra)

Estes três diferentes componentes do "Tendo que ...", estão bastante relacionados. Não é possível olhá-los separadamente. O paciente cirúrgico vive uma situação que ele entende como "não tendo opção". É assim que ele percebe a necessidade da cirurgia. É por "não ter opção", que ele "arrisca" e se "sujeita" a algo que não deseja. É por "não ter opção" que ele corre o risco envolvido na anestesia e na cirurgia submetendo-se a fazer ou a deixar que façam com ele aquilo que não lhe agrada.

As características particulares de cada um dos componentes do "Tendo que ...", podem variar de acordo com as características da situação e do paciente. O "não tendo opção" pode envolver uma situação mais ou menos imediata com maior ou menor liberdade de decisão. O "arriscando-se" pode envolver um risco maior ou menor, que pode ser vivido pelo paciente com diferentes níveis de consciência. O "sujeitando-se" pode ser vivido pelo paciente de forma mais ou menos passiva.

Quadro nº 32: Os componentes do "Tendo que..."



O "Tendo que ..." e o Processo Espaço-Temporal Vivido Pelo Paciente Cirúrgico:

A experiência do "Tendo que ..." acompanha todo o processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico. Há, no entanto, momentos em que um de seus componentes pode estar mais evidente.

No final do primeiro estágio do processo e durante a primeira metade do segundo estágio, a vivência do "não tendo opção" é algo bastante forte para o paciente. É quando ele percebe que tem que ir ao médico e que a única ou a melhor solução para o seu problema de saúde é a cirurgia (diagrama nº25). A situação de risco, o "arriscando-se" já é algo que se evidencia na segunda metade do segundo estágio e durante todo o terceiro estágio. É quando a decisão de operar já foi tomada e ele vive a espera de sua realização. É nessa época em que ele mais sente o perigo ou a ameaça que a cirurgia pode significar (diagrama nº25). O "sujeitando-se" é vivido com maior força, desde o final do segundo até o início do quarto estágio. É quando ele tem que aceitar, conformar-se e agüentar as experiências envolvidas no processo. Ele tem que aceitar a necessidade de operar-se, tem que se conformar em vir para o hospital e fazer todo o preparo pré-operatório; tem que também agüentar a dor e os demais desconfortos físicos relacionados com a sua doença e com a cirurgia (diagrama nº25).

O "Tendo que ..." e suas Relações com as Demais Categorias:

O "Tendo que ..." é a vivência do paciente

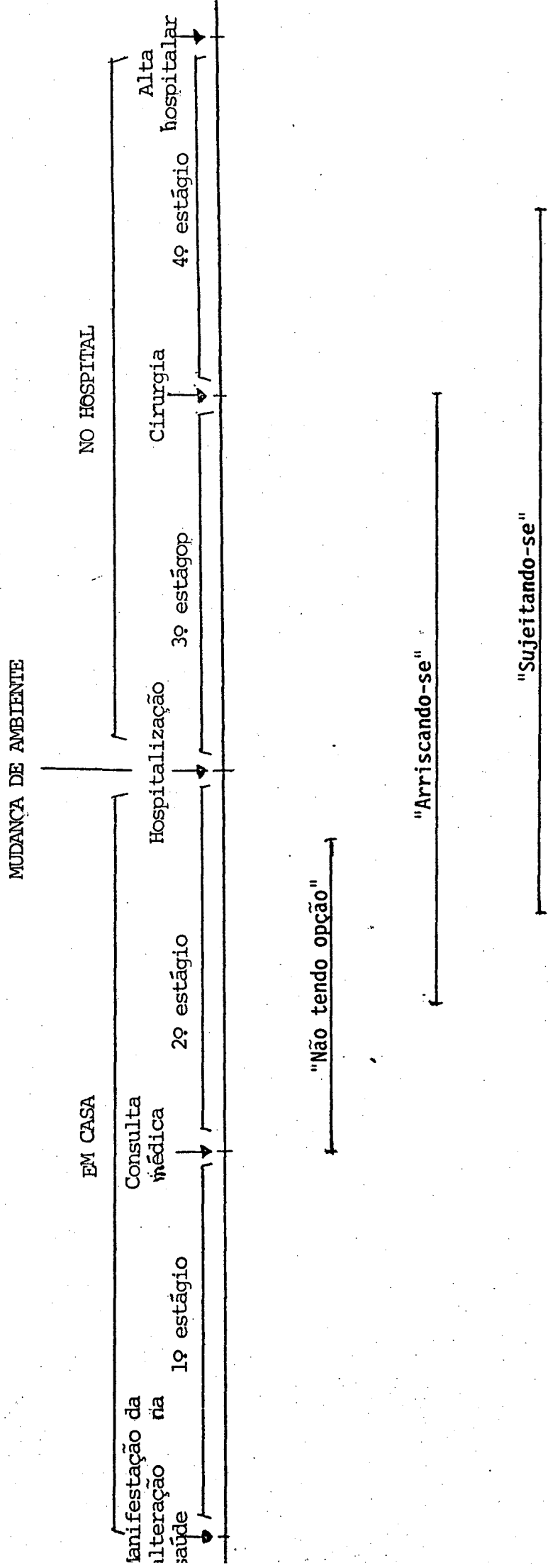


Diagrama nº25: Os componentes do "Tendo que ... " e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.



cirúrgico que está relacionado com as demais. Esta relação à vivência "Tendo Perturbações Físicas", pois é por causa dela que ele vai ao médico, descobre sua doença e sabe da necessidade da cirurgia. Por outro lado, no período após a realização da cirurgia, o "Tendo que ..." também tende a aumentar as manifestações experimentadas pelo paciente. Sua relação com o "Buscando Solução" é semelhante. A operação é a única solução para o seu problema de saúde, ao mesmo tempo que a necessidade de operar-se o leva a solucionar novos problemas que surgem dentro da situação. O "Tendo que ..." leva à realização da cirurgia levando-o conseqüentemente, a viver o "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente". As outras três vivências "Tendo Ajuda", "Confiando" e "Buscando Explicação" também surgem em decorrência da necessidade da cirurgia e da situação difícil e desagradável que o paciente experimenta ao ser operado.

#### Discussão do "Tendo que ..."

Nenhum estudo foi encontrado que abordasse a vivência do "Tendo que ..." e seus três componentes: "não tendo opção", "arriscando-se" e "sujeitando-se". Apenas um texto de STEFANELLI, ARANTES E FUKUDA (1982:245-247) abordou a questão da aceitação no relacionamento do enfermeiro com o paciente. Esta aceitação é comparável e experimentada pelo paciente no "sujeitando-se". As autoras afirmam que a aceitação diz respeito antes a compreensão do paciente. Não implica concordar com o seu comportamento, implica, sim, tomar consciência do seu significado. Impli

ca também o estabelecimento de limites para o comportamento. A aceitação vivida pelo paciente, quando ele tem que se sujeitar, apresenta algumas características semelhantes. O "aceitando" experimentado pelo paciente, também é mais do que compreender e concordar com sua atual situação de vida. Envolve uma certa conscientização da necessidade da cirurgia. A questão da necessidade da cirurgia é trabalhada pelo paciente até chegar à aceitação do fato. O "conformando-se", segundo componente do "sujeitando-se" já tem outras características. OLIVIERI (1985:50), estudando a experiência dos pacientes terminais, ao comentar um dos casos, diz que a "conformação surge na construção lenta do real". O "conformando-se" envolve, desta forma, uma atitude de mais passiva da resignação à situação atual de vida.

### 3.3 - Construção e Discussão da Teoria:

Teoria "é uma afirmação que tem como propósito caracterizar algum fenômeno" (Stevens, 1984:1, citação de FAWCETT & DOWNS, 1986:1). Sua função é "dar ordem a experiências naturalmente sem ordem através de uma forma sistemática de ver um mundo basicamente caótico. Teoria, portanto, provê estruturas para a interpretação de comportamentos dos indivíduos, situações ou eventos" (FAWCETT & DOWNS, 1986:2-3). Assim, pode-se dizer que o "objetivo da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados é desenvolver uma teoria que explica os padrões básicos comuns da vida social" (CHENITZ E SWANSON, 1986:3). Os componentes de uma teoria são suas categorias. Os componentes das categorias

são as sub-categorias. É dentro dessa perspectiva que esta teoria substantiva foi construída.

A) A Construção da Teoria "Tendo que Operar-se":

Na construção de uma teoria substantiva parte-se da idéia de que nem todas as categorias ocupam o mesmo lugar e têm um mesmo papel no fenômeno em estudo. No caso da experiência do paciente cirúrgico, percebe-se com clareza que cada uma das nove categorias identificadas tem um lugar e um papel diferenciado.

Para aprofundar a análise e a compreensão da experiência do paciente cirúrgico e possibilitar a construção de um modelo teórico, dois pontos são importantes: identificar a categoria central e integrar as nove categorias identificadas. Na identificação da categoria central, a reflexão foi no sentido de tentar identificar aquela que representa para o paciente o centro de sua experiência, e também verificar como ela será relacionada com as demais. Na integração das nove categorias identificadas, a análise foi no sentido de tentar identificar o lugar e o papel de cada uma na situação vivida pelo paciente. A partir dessa análise, as categorias que ocupavam um lugar e tinham um papel semelhante foram agrupadas em três sub-processos. Além desses, também foi identificado um grupo de três categorias, que atuam amenizando a experiência do paciente. A análise de como esse conjunto de categorias evolue no tempo e no espaço baseou-se no processo espaço-temporal.

Para facilitar a compreensão da teoria em construção o conteúdo de cada categoria identificada e agora integrada num modelo teórico relativo a experiência de ser um paciente cirúrgico, será apresentada de forma resumida nesse sub-capítulo.

#### Identificação da Categoria Central:

Ser um paciente cirúrgico é uma experiência que pode variar de acordo com a situação que motivou a cirurgia. Em alguns casos ela pode ser caracterizada pela expressão "querendo operar-se". Nesse caso, o paciente deseja ser operado. Não é indicação do médico. Ele mesmo, livremente, escolhe a operação como solução para uma desagradável situação de saúde-doença que está vivendo:

"... minha mãe tinha tirado um seio e agora ela foi procurar o médico para fazer uma plástica". (Filha de Carmen).

Há outros casos em que a experiência de ser um paciente cirúrgico pode ser definida com a expressão "tendo sido operado". Acontece quando o paciente não participa da decisão de operar-se. Outras pessoas tomam por ele a decisão, geralmente motivadas por uma situação de risco de vida imediato. O paciente não teve possibilidade de escolha:

"... quando eu acordei já tinham me operado ... É que eu desmaiei no acidente".  
(Marcelo)

Há um terceiro caso, em que a experiência é caracterizada pela sensação de obrigatoriedade, de sentir-se forçado ou pressionado a ser operado, já que a operação é algo que não agrada ao paciente e nem é por ele desejada. Foi este o alvo do presente estudo. Neste caso a sensação de obrigatoriedade surge com a necessidade da cirurgia, evidenciada através da notícia da cirurgia. Leva o paciente a fazer o que tem que ser feito, ou seja, submeter-se à cirurgia. A liberdade de escolha é limitada pela própria situação vivida, no caso do presente estudo, o contexto foi de cirurgias necessárias, marcadas antecipadamente, de pequeno e médio portes e que envolviam pouco ou médio risco imediato à vida do paciente:

"Tem que vir. A gente tem medo, mas é obrigada a vir. Ficar em casa não adianta. Pode dar uma doença ruim". (Maria)  
"Já tentei vários tratamentos e até agora não adiantou nada, por isso decidi operar e acabar de uma vez com isto".  
(Sueli)

Os pacientes cirúrgicos que diante da necessidade da cirurgia experimentaram a sensação de obrigatoriedade tinham algum conhecimento da situação vivida, como também não negaram totalmente a realidade diante da qual estavam. Todos tinham algum conhecimento da situação pela qual estavam passando; estavam conscientes de que iriam ser operados e que isso envolvia algum risco. Alguns apresentaram momentos de negação parcial da realidade, mas nenhum deles a sustentou durante toda a sua experiência como paciente cirúrgico:

"Vim contente para o hospital, fazia de conta como se fosse um passeio. Disse para os vizinhos que ia fazer um passeio ... Se soubesse que seria assim eu teria vindo ...". (Sandra)

É pelo fato da sensação de obrigatoriedade e de sagrado diante da situação de cirurgia ser a sensação mais íntima do paciente, como também estar continuamente presente na sua experiência, que dentre as nove identificadas, a categoria "Tendo que ..." foi a que passou a ocupar o lugar da categoria central. Além dessas, há mais duas outras razões que justificam a posição central da categoria "Tendo que ...". Primeiro, a obrigatoriedade está refletida nas oito demais categorias. O paciente não escolhe viver uma ou outra, ele simplesmente as vive. Elas fazem parte de sua experiência como paciente cirúrgico, e delas não pode fugir. A outra razão que justifica a posição central da categoria "Tendo que ..." é o fato de ela estar relacionada à origem das outras categorias. É devido à necessidade da operação que o paciente vive as outras categorias que integram sua experiência.

A categoria "Tendo que ..." é composta de três sub-categorias: "não tendo opção", "arriscando-se" e "sujeitando-se" (Quadro nº 33).

Quadro nº 33: A Categoria "Tendo que ..." e suas sub-categorias.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	EXEMPLOS
"Tendo que operar-se"	1. "Não tendo opção"	Operar, ir para o hospital, ir ao médico
	2. "Arriscando-se"	Possibilidade de morte e de complicação
	3. "Sujeitando-se" 3.1 -"aceitando" 3.2 -"conformando-se" 3.3 -"aguentando"	A doença, a operação Ir para o hospital A dor, o desconforto

"**Não tendo opção**" é a sub-categoria que está relacionada à sensação de não ter outra opção, a não ser, ser operado. Para o paciente, a cirurgia é a única ou melhor solução para a sua doença. Ele se sente forçado a decidir pela operação e conseqüentemente a passar pela experiência de ser um paciente cirúrgico. "**Arriscando-se**" é a sub-categoria que está relacionada à sensação de risco ou ameaça. Para o paciente, ser operado é semelhante a um jogo, cujo sucesso ou vitória não estão garantidos. Ele corre o risco de perder sua vida ou de ter complicações. A terceira sub-categoria, "**sujeitando-se**", refere-se ao fato de o paciente sentir que tem que submeter-se a cirurgia e resignar-se a viver determinadas situações. O paciente, não só deve aceitar a cirurgia, mas conformar-se com ela e aguentar-lhe o desconforto e o fato de ficar mais dependente e limitado fisicamente (quadro nº 33).

As sub-categorias que compõem a categoria "Tendo que ..." estão relacionadas entre si. O paciente ci

rúrgico percebe a necessidade da cirurgia como algo que não lhe dá opção. É por isso que ele arrisca e se sujeita a ela. É pelo fato de o paciente perceber a cirurgia como a única ou a melhor solução, que ele corre o risco de ser anestesiado e operado e sujeita-se a fazer ou deixar que façam com ele mesmo o que não lhe agrada (diagrama nº 26).

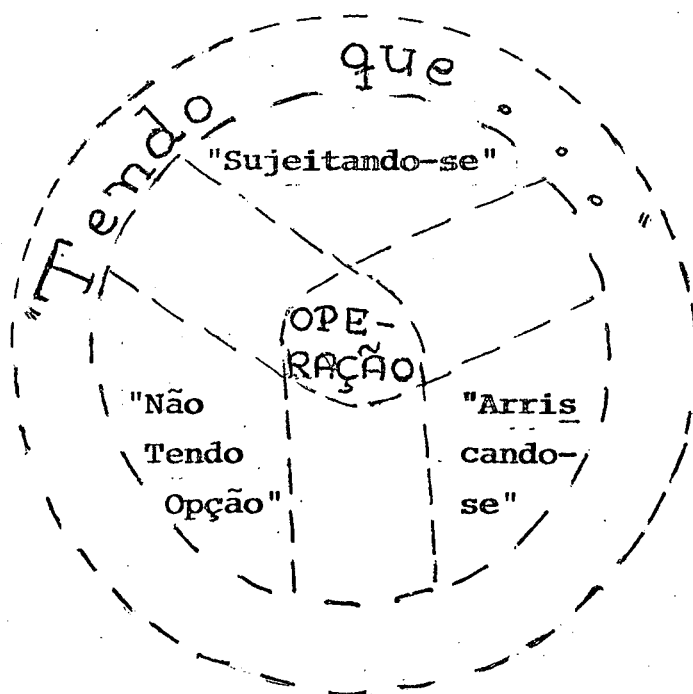


Diagrama nº 26: A categoria "Tendo que ..." e suas sub-categorias interrelacionadas.



A categoria central, "Tendo que ...", acompanha e marca toda a experiência do paciente cirúrgico. Ela segue um curso, uma direção para frente, uma evolução. Ao mesmo tempo que ela tem continuidade no tempo, apresenta mudanças no transcorrer da experiência do paciente cirúrgico. Por isso, ela foi identificada como sendo um processo, o processo "tendo que operar-se", pois ela, direta ou indiretamente, em todos os momentos do processo está relacionada com a necessidade da cirurgia.

#### O Processo "Tendo que Operar-se":

No processo "tendo que operar-se" podem ser identificados três sub-processos: "tendo perturbações físicas", "buscando solução", e "sentindo". Cada um deles é formado por uma ou mais categorias, identificadas no sub-capítulo anterior. O sub-processo "tendo perturbações físicas", é formado pela categoria "Tendo Perturbações Físicas". O sub-processo "buscando solução" é formado pela categoria "Buscando Solução". Por último, o sub-processo "sentindo" é formado pelas categorias "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente".

#### "Tendo Perturbações Físicas":

O sub-processo "tendo perturbações físicas" está relacionado à origem do processo "tendo que operar-se". É porque o paciente está doente e apresenta manifestações físicas que ele vai ao médico, tem a notícia da necessidade da cirurgia e o processo "tendo que operar-se" torna-se uma realidade para ele. Refere-se às vivências essencialmente físicas, dolorosas e desagradáveis, que o paciente experimenta e que implicam numa certa mudança na rotina de

vida, um certo risco e um certo desconforto físico. É formado pela categoria, "Tendo Perturbações Físicas", que é composta por três sub-categorias: "alteração", "incômodo" e "problema" (quadro nº 34)

Quadro nº 34: A categoria "Tendo Perturbações Físicas" e suas sub-categorias.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	EXEMPLOS
<u>"Tendo Perturbações Físicas"</u>	"Alteração"	Dormir cedo, sonolência, sem apetite, ligeiro emagrecimento, aumento da frequência urinária.
	"Incômodo"	Insônia, tosse, náuseas, dor de cabeça moderada.
	"Problema"	Diminuição da PA, dor de cabeça intensa, sangramento intenso.

Para o paciente cirúrgico, a intensidade das perturbações físicas é definida de acordo com o risco de vida ou a ameaça à integridade corporal, com a alteração imposta na rotina de vida e o desconforto consequente. De acordo com esses critérios, três níveis de intensidade puderam ser identificados: as "alterações" os "incômodos" e os "problemas" (quadro nº 34). As "alterações" físicas são manifestações físicas que não chegam a perturbar significativamente a rotina de vida do paciente, envolvem pouco ou nenhum desconforto. Elas também não são percebidas pelo paciente, como risco ou ameaça à sua vida ou integridade fi

sica. Os "incômodos" já envolvem um desconforto maior. Em alguns casos, podem implicar mudança na rotina de vida. Podem significar para o paciente algum risco ou ameaça à sua integridade física. Os "problemas", na opinião dos pacientes, envolvem um maior risco ou ameaça à vida. Geralmente estão associados com um maior desconforto físico e mudança na rotina de vida.

Diferentes causas podem estar relacionadas com o sub-processo "tendo perturbações físicas". Foram identificados quatro: a doença, a cirurgia, o sofrimento emocional e o ambiente. A perturbação física é dita relacionada com um desses quatro fatores, quando assim o for percebido pelo paciente. Nem sempre a percepção do paciente e da equipe de enfermagem são semelhantes, quanto à intensidade e à causa relacionada à perturbação física.

A sub-categoria da categoria central "Tendo que ..." que demonstra ter um maior vínculo com o sub-processo "tendo perturbações físicas" é "sujeitando-se", pois a dor e os desconfortos físicos que caracterizam a experiência da cirurgia é algo que o paciente percebe como obrigatório. Ele não tem opção, tem que necessariamente vivê-los. Ele arrisca-se a ter desconfortos de grande intensidade. Ele não escolhe ter perturbações físicas, ele sujeita-se a elas enquanto vive a experiência de ser paciente cirúrgico (diagrama nº 27).

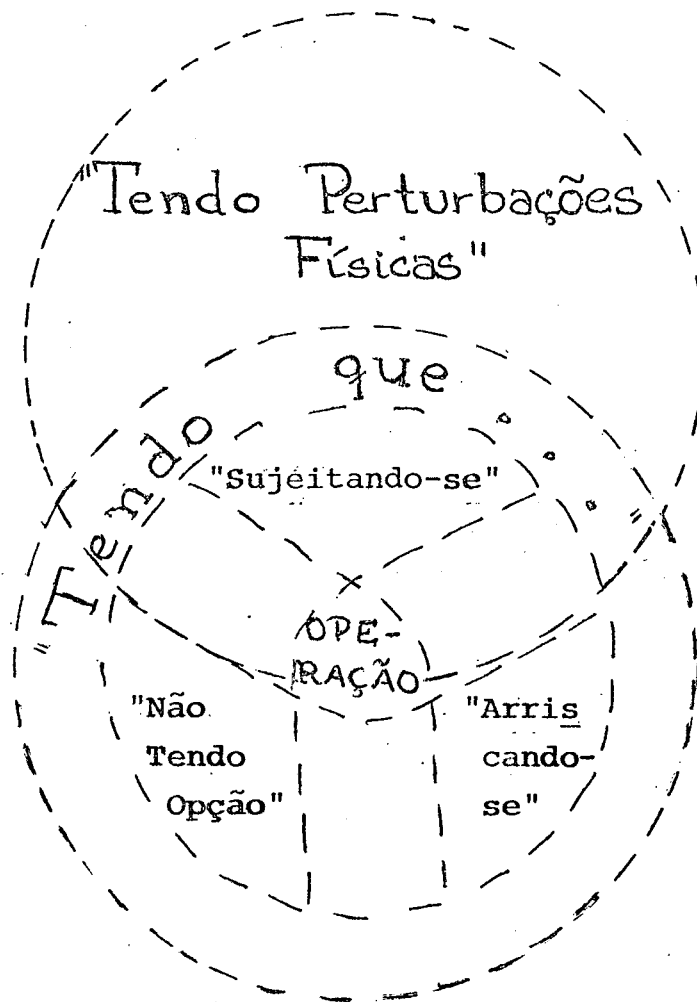


Diagrama nº 27 : O Processo do "Tendo que Operar-se" e o Sub-Processo "Tendo Perturbações Físicas".

### "Buscando Solução"

O sub-processo "buscando solução" é mais mental ou racional. Envolve tudo o que o paciente pensa ou faz para diminuir ou acabar com os problemas ou dificuldades encontradas ao viver a experiência de ser um paciente cirúrgico. É formado pela categoria, "Buscando Solução" e suas duas sub-categorias: "tentando resolver" e "tentando tirar da mente" (quadro nº 35).

Quadro nº 35: A Categoria "Buscando Solução" e suas sub-categorias.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	COMPONENTES DAS SUB-CATEGORIAS	EXEMPLOS
<u>"Buscando Solução"</u>	"Tentando resolver"	"Buscando esclarecimentos"	Informando-se sobre a situação, informando-se sobre os cuidados, informando-se sobre as pessoas.
		"Avaliando"	Comparando, analisando, identificando.
		"Decidindo"	Optando por fazer, protelando.
		"Fazendo"	Preparando-se, Dando determinações para outros, Fazendo algo para aliviar o desconforto, Fazendo algo para resolver uma preocupação
	"Tentando tirar da mente"	"Tendo Vontade de Fugir"	Querendo fugir, Teria fugido se soubesse.
		"Escondendo"	Guardando, Não deixando transparecer.
		"Desligando"	Sendo desligado, Desligando-se.
		"Enganando"	Enganando a si mesmo, Enganando outros.

A sub-categoria "tentando resolver" está relacionada à tentativa de diminuir ou acabar com os problemas ou dificuldades. Para isso, ele com maior ou menor atenção segue quatro passos: "buscando esclarecimento", "avaliando", "decidindo" e "fazendo" (quadro nº 35). A outra sub-categoria, "tentando tirar da mente", ocorre quando o paciente evita pensar nos problemas ou dificuldades. Isto se evidencia através de diferentes atitudes: "tendo vontade de fu

gur", "escondendo", "desligando" e "enganando" (quadro nº 35). Sua vontade de fugir se manifesta no desejo de querer se afastar da situação que lhe é desagradável ou indesejável. Ele esconde quando procura encobrir algum sentimento de si mesmo e dos outros, não deixando que ele transpareça. Desliga-se, quando deixa de pensar e tenta deixar de viver a situação que lhe é desagradável. Ele está enganando quando tenta acreditar em algo que no fundo sabe que não é verdade.

"Tentando resolver" e "tentando tirar da mente" são duas maneiras que o paciente tem para buscar a solução de seus problemas. Elas não são mutuamente excludentes. Um mesmo paciente pode fazer uso tanto de uma quanto de outra. Num momento ele pode tentar tirar o problema de sua mente, noutro, pode tentar resolvê-lo. Além disso, num mesmo momento ele pode tentar utilizar diferentes maneiras de buscar a solução para os diversos problemas.

O vínculo do sub-processo "**buscando solução**" com o processo "**tendo que operar-se**" está firmado em dois pontos. O primeiro relaciona-se com o fato de a cirurgia ser percebida pelo paciente como a única solução para o seu problema de saúde. O segundo ponto está relacionado com o fato da cirurgia levar ao surgimento de problemas e dificuldades para as quais o paciente tenta encontrar uma solução. A sub-categoria do "Tendo que ..." que mais de perto está relacionada com o sub-processo "**buscando solução**" é "**não tendo opção**". É porque o paciente sente a cirurgia como algo necessário que ele corre o risco e sujeita-se a ser operado (Diagrama nº 28).

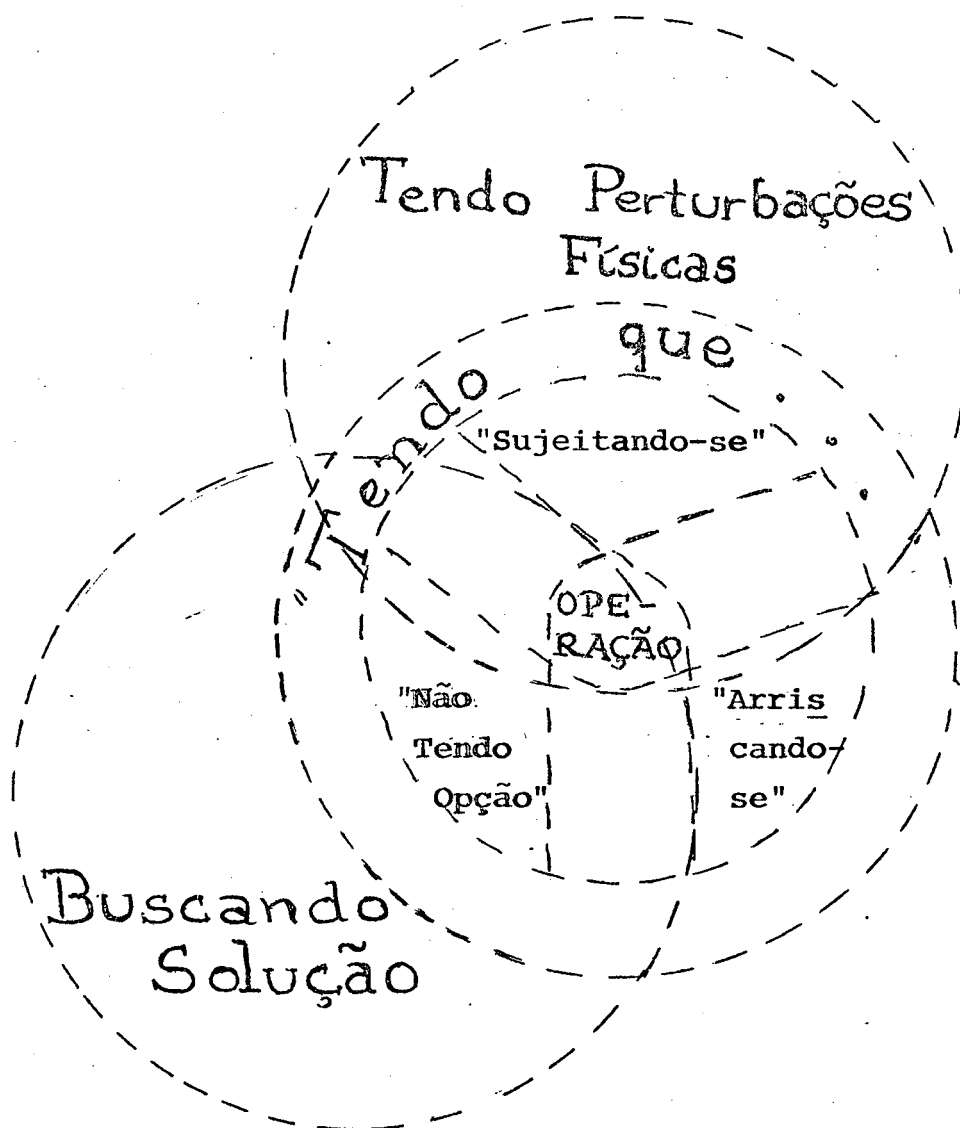


Diagrama nº 28: O Processo "Tendo que Operar-se" e os Sub-Processos "Tendo Perturbações Físicas" e "Buscando Solução".

### "Sentindo"

"Sentindo" é o terceiro sub-processo que integra o "tendo que operar-se". Seu elemento principal são os sentimentos, emoções e sensações experimentadas pelo paciente cirúrgico. Dele fazem parte também os fatos, ações e reações relacionados a estes sentimentos, emoções e sensações. É formado por três categorias, "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente", cada uma delas

composta de diferentes sub-categorias (quadro nº 36).

A categoria "Esperando" está relacionada à consciência do paciente, de não transcorrer da experiência de ser operado, ter prazos e eventos marcados pelos quais ele tem que necessariamente passar e que gradativamente vai vivenciando. São duas as sub-categorias que o compõem: "aguardando" e "tendo um misto de sentimentos" (quadro nº 36). A sub-categoria "aguardando" refere-se a espera da chegada de um determinado momento. É aguardar o vencimento de um prazo marcado. A sub-categoria "tendo um misto de sentimentos" refere-se aos sentimentos que o paciente experimenta enquanto "aguarda". São sentimentos diferentes, às vezes opostos, mas que podem coexistir. Não são mutuamente excludentes. Neles estão incluídos o desejo de encurtar o tempo e de prorrogá-lo, como também a esperança de que tudo transcorra bem e a sensação de que algo ruim pode acontecer (quadro nº 36).

"Perdendo Controle" (quadro nº 36) é a segunda categoria presente no sub-processo "sentindo". Refere-se ao sentimento de não ter mais controle. Para o paciente envolve a sensação de que não se basta mais, de que precisa recorrer a outras pessoas, de que não é mais tão capaz, quanto antes, de dirigir e definir sua vida, a vida dos outros e a própria situação. Sua liberdade, autonomia, independência e poder de decisão diminuem. "Perdendo Controle", envolve o fato de "não conseguir cuidar de si" e de "não saber" (quadro nº 36). Ele tem suas atividades e movimentos limitados, não tem mais condições de fazer o que fazia antes. Além disto, está confuso e desconhece a situação.



Quadro nº 36: O Sub-Processo "Sentindo", suas Categorias e Sub-Categorias.

SUB-PROCESSO	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	COMPONENTES DAS CATEGORIAS	EXEMPLOS	
"Sentindo"	"Esperando"	"Aguardando"	"Aguardando" Definições	Resultado dos Exames, data da cirurgia, data da internação, dados da alta.	
			"Aguardando Acontecimentos"	Internação, preparo para a cirurgia, cirurgia, alta.	
			"Aguardando Retorno"	Acordar da anestesia, acabar com as perturbações físicas, voltar para casa.	
		"Tendo um Misto de Sentimentos"	"Desejando Encurtar o Tempo"	Desejando resolver logo, o tempo não passando.	
			"Querendo Prorrogar"	Não querendo que chegasse a hora, não indo logo.	
			"Tendo Esperança Boa"	Esperança de um futuro melhor, esperança de sucesso no tratamento, esperança de recuperação rápida.	
			"Tendo Sensação Ruim"	Podendo morrer, podendo ver e sentir a operação, podendo doer.	
		"Perdendo Controle"	"Não Conseguindo cuidar de si"	"Ficando mais Preso"	Tendo os movimentos limitados, tendo as atividades limitadas.
				"Não Tendo Condições de Fazer"	Deambulando, cuidando de si, cuidando de outros e da casa.
	"Não Sabendo"		"Estando Confuso"	Incerteza, estando sob efeito da medicação.	
			"Desconhecendo"	Não sabendo o que farão, não sabendo o que está acontecendo, hora da cirurgia, tipo de anestesia, tipo de operação, cuidados, data da alta.	
	"Tendo Sensações"		"Tendo Sensação de Limite"	Tendo sensação de fim, tendo sensação de impotência, estando desanimado.	
			"Tendo Sensação de Perda"	Tendo sensação de perder a si mesmo, tendo sensação de perder algo seu.	
	"Sofrendo Emocionalmente"	"Medo"	"Medo de Algo Específico"	Da cirurgia e suas conseqüências, falta de companhia.	
			"Medo de Algo Não Específico"	Da situação no todo.	
		"Nervosismo"	"Expectativa"	Não descansado.	
			"Desagrado"	Algo a que terá que se submeter, algo com que não concorda	
			"Risco"	Cirurgia, anestesia	
			"Ansiedade"	Cirurgia, anestesia	
		"Agonia"	"Desagrado"	Não ter alta, soro, sonda.	
			"Incerteza"	Possibilidade de morte	
			"Angústia"	Dias antes da internação	
		"Preocupação"	"Pressa"	Alta	
			"Finanças"	Paçar anestesia, paçar as contas, trabalho.	
			"Com os outros"	Marido, família, filhos.	
			"Situação de Saúde"	Perturbações físicas que podem indicar alterações na evolução, riscos.	
			"Internação"	Hospital, afastamento de casa e da rotina, atendimento.	
"Cirurgia e suas conseqüências"		Anestesia, cirurgia, técnicas e complicação.			

Suas idéias não estão claras. "Perdendo Controle" envolve também sentimentos expressos no "tendo sensações" como a sensação de limite e a sensação de perda. A primeira é a impressão que o paciente tem de que para ele não tem mais solução, de que o mundo acabou e que pode morrer. É a sensação de impotência, que pode levar ao desânimo e à apatia. A segunda refere-se à sensação de estar perdendo a si mesmo, sua vida, sua individualidade, o contato com sua família e seus pertences (quadro nº 36).

A terceira categoria que integra o sub-processo "sentindo" e "Sofrendo Emocionalmente" (quadro nº 36). Refere-se às emoções percebidas pelo paciente como desagradáveis, ruins ou negativas e que o fazem sofrer. Para o paciente cirúrgico o sofrimento emocional é essencialmente um sentimento, mas para os que convivem com ele é também a expressão deste sentimento.

O sofrimento emocional envolve caracteristicamente quatro sentimentos: o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação". O "medo" é o receio ou temor de que algo desagradável aconteça. Ele pode ser dirigido para um objeto específico como operação, morte e complicações ou, então, ser um medo generalizado, que envolve a situação no seu todo. Pode estar relacionado com algo que o paciente já está vivendo, como, estar sozinho no quarto. Por outro lado, também pode estar relacionado com algo cujo acontecimento é apenas eventual como as complicações ou a morte. A "agonia" envolve certo sentimento de incerteza, pressa, desagrado e angústia diante de situações de ameaça e risco, ou de ter que fazer algo que não deseja ou de não po

der fazer algo que deseja. O "nervosismo" é uma tensão interior, que envolve um certo desassossego e intranquilidade. No caso do paciente cirúrgico, evidencia-se em situações de risco, desagrado, ansiedade e expectativa. O quarto sentimento desagradável é a "preocupação" (quadro nº 36). Refere-se a uma sensação de apreensão e inquietação antecipada que perturba o paciente. Há vários aspectos com os quais o paciente se preocupa: as finanças, os outros, a internação, a cirurgia e suas conseqüências, e com sua situação de saúde. Ela pode estar relacionadas com fatos que já estão acontecendo, como também com fatos eventuais, mas que se ocorrerem trarão dificuldades.

A expressão do sofrimento emocional dá-se através de diferentes formas: "falando", "sendo diferentes" e "tendo perturbações físicas". O "falando" ocorre quando o paciente expressa seu sofrimento através da linguagem: "dizendo", "falando mais" ou "ficando mais quieto". O "sendo diferentes" acontece quando o paciente apresenta alguma mudança no seu comportamento, como "sendo mais chato", "movimentando-se mais" e "chorando mais". O "Tendo Perturbações Físicas" evidencia-se nas manifestações físicas que o paciente pode apresentar em decorrência do seu sofrimento.

As três categorias que integram o sub-processo "sentindo" estão intimamente relacionadas. O "Esperando" tende a evidenciar a sensação de "Perdendo Controle" e o "Sofrendo Emocionalmente". O "Perdendo Controle" por sua vez, também tende a aumentar o "Sofrendo Emocionalmente" (diagrama nº 29).

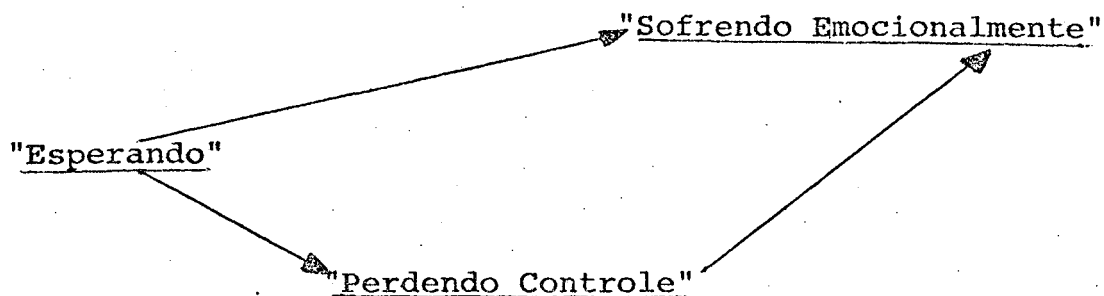


Diagrama nº 29: Relação entre as categorias que integram o sub-processo "Sentindo"

A necessidade de o paciente ter que "aguardar" o vencimento de prazos marcados lembram-no de que é alguém limitado que mesmo desejando encurtar o tempo, não tem poderes para fazê-lo. Com isso a sensação de estar "Perdendo Controle" tende a se evidenciar.

Ao mesmo tempo, o "tendo um misto de sentimentos", que caracteriza o "Esperando", tende a evidenciar os sentimentos que caracterizam o "Sofrendo Emocionalmente". O desejo de encurtar o tempo e de ao mesmo tempo prorrogá-lo, a esperança boa, acompanhada de uma sensação ruim, tendem a aumentar o "medo", a "agonia", o "nervosismo" e a "preocupação".

O vínculo existente entre as categorias "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente" é semelhante. O fato de o paciente estar vivendo uma condição de "não sabendo" e de "não conseguindo cuidar de si", somada à "sensação de limite" e de "perda", tende a evidenciar os sentimentos que caracterizam o sofrimento emocional.

O vínculo do "sentindo" com o "tendo que operar-se" está firmado em dois pontos. O primeiro ponto se refere ao

fato do "tendo que operar-se" gerar determinadas situações ou eventos que despertam no paciente os sentimentos, emoções e sensações que integram as três categorias que formam este sub-processo. É porque o paciente percebe a operação como algo obrigatório e decide pela sua realização que ele vive o "Esperando". É por isso que ele tem que "aguardar" os eventos e prazos marcados e conseqüentemente experimentar o "tendo um misto de sentimentos". É pelo mesmo motivo que ele vive o "Perdendo Controle". A necessidade de vir para o hospital, ser anestesiado, depender fisicamente dos outros e ter pouca informações, despertam nele a sensação de limite e de perda que caracterizam o "Perdendo Controle". O segundo ponto que se refere ao fato de os sentimentos, sensações, emoções e reações que caracterizam o sub-processo "sentindo", tem sua origem relacionado ao processo "tendo que operar". A necessidade e a realização da cirurgia geram no paciente variados sentimentos, especialmente os que caracterizam a categoria "Sofrendo Emocionalmente": "medo", "agonia", "nervosismo" e "preocupação".

Todas as três sub-categorias do "Tendo que ..." estão relacionadas com o sub-processo "sentindo". Mas aquela que mais de perto está relacionada com os sentimentos que integram esse sub-processo é a sub-categoria "arriscando-se". É a sensação de estar diante de uma situação de risco que desperta no paciente o "tendo um misto de sentimentos", "tendo sensação de limite", "tendo sensação de perda", "medo", "agonia", "nervosismo" e "preocupação". (diagrama nº 30):

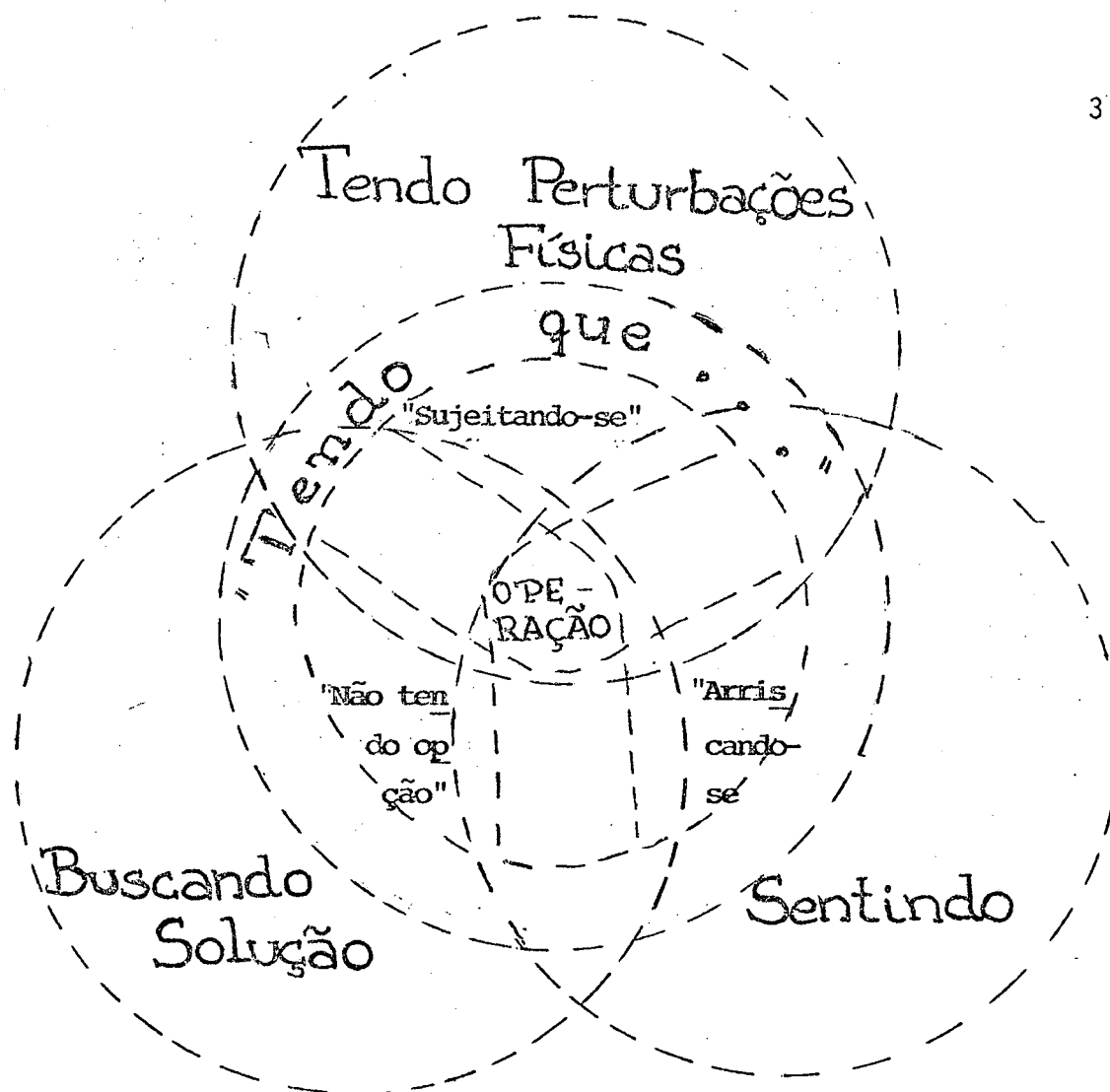


Diagrama nº30.: O Processo "tendo que operar-se" e os sub-processos "tendo perturbações físicas" , "buscando solução" e "sentindo".

Amenizando o Processo "Tendo que Operar-se":

"Tendo que Operar-se" é um processo difícil e de sagradável para o paciente. É um processo, entretanto, cuja dificuldade pode ser amenizada. Três das categorias identificadas no sub-capítulo anterior podem atuar neste sentido: "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação" (quadro nº 37). Essas o acompanham no tempo e no espaço, servem de apoio para o paciente, mas nunca chegam a contrabalancear totalmente a dificuldade dessa experiência.

Quadro nº 37: As categorias que amenizam o processo "Tendo que Operar-se" e seus componentes.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	COMPONENTES DAS SUB-CATEGORIAS	EXEMPLO	
"Buscando Explicação"	"Buscando Significado"	"Buscando Significado para Doença e Cirurgia"	Prova, leva mais perto de Deus, ficar mais crente, não é castigo, obra de Deus.	
		"Buscando Significado para os Acontecimentos"	Dificuldades (sofrimento e intercorrências) e coisas boas.	
		"Buscando Significado para o Comportamento"	Ações como visitar os pacientes	
	"Buscando a Razão"	"Buscando Razão Existencial"	Porque eu? Porque da doença e cirurgia.	
		"Buscando a Razão Científica"	Causa etiológica	
"Confiando"	"Lembrando-se"	"Lembrando-se de Deus"	No hospital.	
		"Lembrando-se de Jesus e dos Santos"	Antes de internar.	
	"Crendo"	"Tendo Fé"	Nossa Senhora, Deus.	
		"Acreditando"	Dando crédito ao profissional e a si mesmo, achando que ficará curado.	
	"Apegando-se"	"Apegando-se a Deus"	Antes da cirurgia.	
		"Apegando-se a Jesus"	Antes da cirurgia.	
		"Apegando-se aos Santos"	Antes da cirurgia.	
		"Apegando-se ao Sagrado Coração"	Antes da cirurgia.	
	"Entregando"	"Colocando nas Mãos"	Médico, Deus, Sagrado Coração.	
		"Aceitando a Vontade"	Deus.	
		"Sendo Guardado"	Deus.	
	"Tendo Ajuda"	"Tendo Companhia"	"Estando Junto"	Filha ficando de noite no hospital, enfermeiras colocaram soro e ficaram junto.
			"Acompanhando"	Ao médico, nos exames, ao hospital.
"Visitando"			Família.	
"Esperando por"			Quando no C.C.	
"Tendo quem faça"		"Cuidando"	Banho, alcançando coisas.	
		"Substituindo em seus afazeres"	Cuidando dos filhos, da casa.	
		"Tomando Providências"	Negócios, internação	
"Sendo Confortado"		"Recebendo Afeto"	Expressando carinho, tocando carinhosamente e transmitindo força.	
		"Ouvindo"	Ouvindo desabafo.	
		"Sendo Animado"	Recebendo força, sendo mostradas suas potencialidades e possibilidades, tendo exemplo animador.	
"Sendo Esclarecido"		"Esclarecendo a Situação"	Anatomia e fisiologia da doença e cirurgia, transcurso da cirurgia, previsão de alta.	
		"Esclarecendo os Cuidados"	Cuidados.	
"Tendo Apoio ou Retaguarda Espiritual"		"Pedindo"	Rezando, fazendo promessas.	
		"Vendo Símbolos Religiosos"	Crucifixo, Sagrado Coração, Santinha	
		"Preparando-se Interiormente"	Confessando, fazendo novenas, curso bíblico, lendo a Bíblia.	
		"Recebendo"	Auxílio de Deus e dos outros.	
"Tendo a Atenção Desviada"		"Tendo Distração"	Distraíndo-se (lendo, vendo TV, conversando), sendo distraído.	
		"Envolvendo-se com os outros"	Consolando outros, fazendo por e para outros, animando outros, pedindo por outros, distraíndo outros.	

O "Buscando Explicação" envolve a percepção que o paciente tem de sua experiência de doença, cirurgia e sofrimento. Ele tem dois componentes, as sub-categorias "buscando significado" e "buscando a razão". A primeira refere-se ao sentido da doença, cirurgia e sofrimento, ao que a experiência quer dizer, denotar ou ser um sinal para o paciente. A segunda refere-se à razão existencial ou científica da doença, cirurgia e sofrimento. Está relacionada à causa, motivo ou fundamento da experiência. Essa categoria ameniza o "Tendo que Operar-se", pois, quando o paciente encontra um significado para sua experiência ele tende a tranquilizar-se e sentir-se mais seguro, podendo encarar esta experiência como uma aprendizagem e crescimento pessoal (quadro nº 37).

O "Confiando" refere-se ao sentimento de certeza que o paciente tem e ao qual se apega. Essa certeza lhe serve de apoio, dando-lhe uma maior segurança e tranquilidade durante a experiência de cirurgia. "Confiando" é uma categoria na qual podem ser identificadas quatro sub-categorias: "lembrando-se", "crendo", "apegando-se" e "entregando-se". Para o paciente, confiar é lembrar do que ou de quem lhe dá certeza, segurança e tranquilidade. É firmar-se em algo em que ele crê ou acredita, como Deus, o profissional, ou em si mesmo e na cura. Confiar é também apegar-se a essas certezas, é apoiar-se e agarrar-se a elas. É entregar-se aos cuidados de alguém, aceitando-lhe a vontade, já que é considerado mais poderoso (quadro nº 37). Essa confiança que o paciente experimenta tem uma "razão". Está baseada no conhecimento que tem do profissional, no tipo



de vida que ele levava anteriormente, nas suas experiên-  
cias anteriores e na segurança do cuidado de alguém.

A última categoria mencionada no quadro nº 37 é "Tendo Ajuda". Refere-se ao que torna mais fácil para o pa-  
ciente viver a experiência da doença, hospitalização e ci-  
rurgia. É expressa através da busca e do recebimento de au-  
xílio, amparo, proteção e força. Acontece no relacionamen-  
to do paciente com as pessoas à sua volta e no relacionamen-  
to com Deus. Na experiência do paciente cirúrgico, "Tendo  
Ajuda" é formada de seis componentes, as sub-categorias  
"tendo companhia", "tendo quem faça", "sendo confortado",  
"sendo esclarecido", "tendo apoio ou retaguarda espiritual"  
e "tendo a atenção desviada". Cada uma delas tem caracte-  
rísticas próprias. A sub-categoria "tendo companhia" refe-  
re-se especialmente à presença de alguém junto ao paciente.  
Inclui aspectos como "estando junto", "acompanhando", "vi-  
sitando" e "esperando por". A segunda sub-categoria "tendo  
quem faça" diz respeito ao que os outros podem fazer pelo  
paciente, como cuidar dele, substituí-lo em seus afazeres  
e providenciar-lhe algo. O outro componente do "Tendo Aju-  
da", o "sendo confortado", está relacionado à demonstração  
de carinho, à transmissão de força e valorização da expe-  
riência. Inclui três componentes: "recebendo afeto", "ou-  
vindo" e "sendo animado". O quarto componente é o "sendo  
esclarecido". Nele estão incluídas as informações e orien-  
tações que são dadas ao paciente. Essas podem visar tanto  
ao esclarecimento da situação quanto dos cuidados necessá-  
rios. O quinto componente, "tendo apoio ou retaguarda espí-  
ritual", é, na opinião do paciente, uma importante fonte

de auxílio, proteção e força. Eles costumam se apegar muito a Deus, Jesus, Maria e aos Santos. Nessa sub-categoria estão incluídos componentes como: "pedindo", "vendo símbolos religiosos", "preparando-se interiormente" e "recebendo". Os três primeiros implicam mais uma atitude de busca por parte do paciente, enquanto que o último refere-se à ajuda espiritual efetivamente recebida de Deus ou de outras pessoas. A última sub-categoria mencionada no quadro nº 37 é "tendo a atenção desviada". Acontece quando a atenção do paciente é desviada do problema, evento ou dificuldade que ele tem que enfrentar. Pode ser desviada para coisas mais alegres e agradáveis ou então para as dificuldades de outros. Inclui o "tendo distração", que diz respeito às brincadeiras, ao ver TV, ou às conversas. Já o "envolvendo-se com outros" acontece quando o paciente procura facilitar a experiência para seus colegas de quarto.

As categorias "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação", que amenizam a experiência do paciente cirúrgico, estão vinculadas ao processo "tendo que operar-se". Primeiro, essas categorias surgem a partir deste processo. É porque o paciente vive o processo do "tendo que operar-se" que ele busca uma explicação para essa situação difícil que lhe desagrada. É também por isso que surge e é desenvolvida a confiança e a ajuda. Segundo, as três categorias em questão não são parte do processo "tendo que operar-se", mas atuam sobre ele para diminuir a dificuldade e o desagrado experimentado pelo paciente cirúrgico (diagrama nº 31).

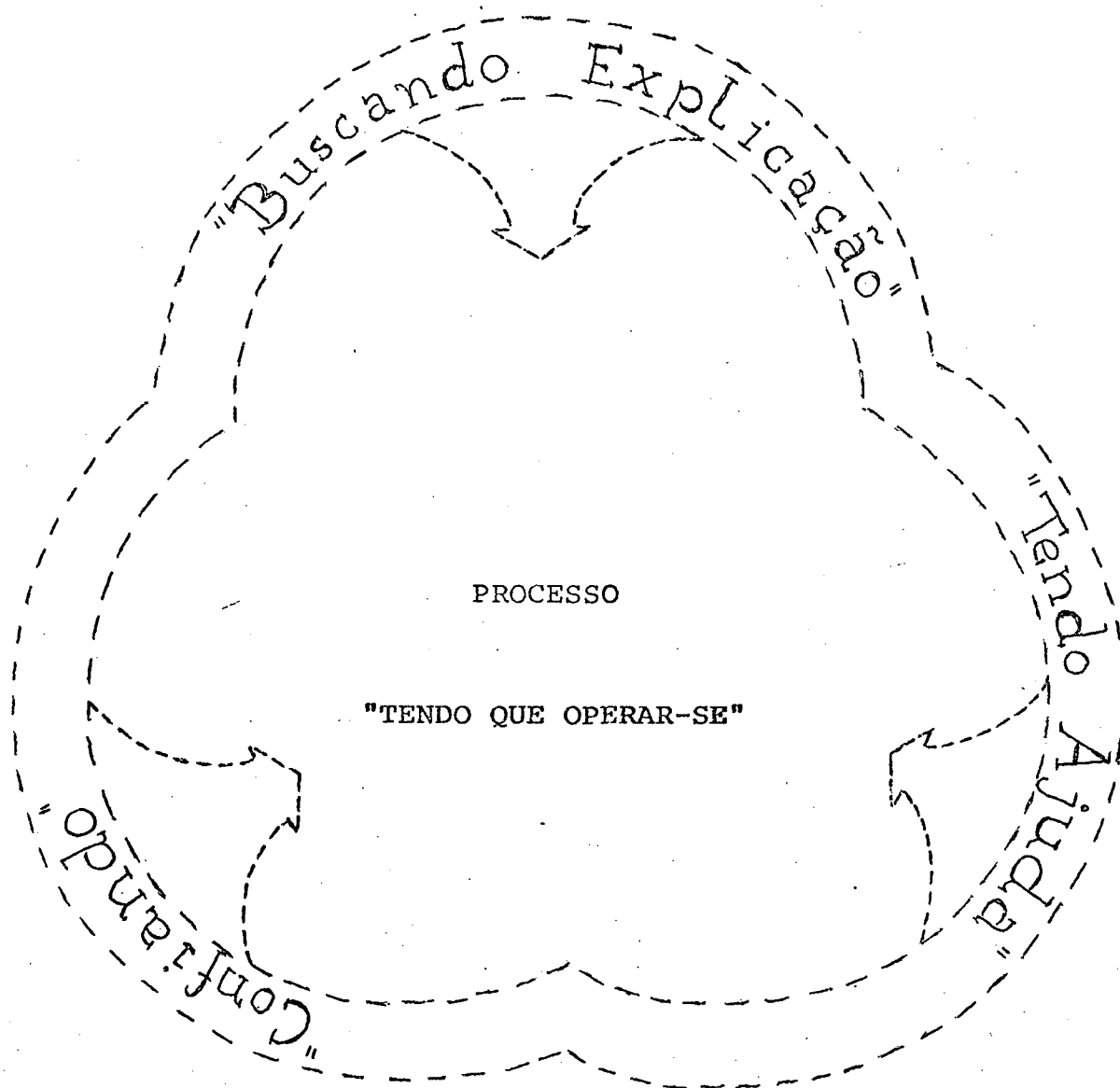


Diagrama nº 31: A relação das categorias "Buscando Explicação", "Confiando" e "Tendo Ajuda" com o processo "tendo que operar-se".

O "Tendo que Operar-se" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico:

"Tendo que operar-se" é um processo dinâmico no tempo e no espaço, Ele, os três sub-processos que o inte

gram, "tendo perturbações físicas", "buscando solução" e "sentindo", e as três categorias que amenizam esta experiência para o paciente, "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação", apresentam mudanças de acordo com o lugar e a época. Suas características predominantes não são as mesmas em casa e no hospital, assim como não são constantes do surgimento da doença até a alta hospitalar (diagrama 32):

Considerando o processo espaço-temporal descrito no primeiro sub-capítulo desse capítulo percebe-se que "tendo que operar-se" é um processo que evolui, caminhando em direção à próxima etapa a ser vivida pelo paciente. Ele tem início em casa, quando surge sua alteração de saúde. Passa por quatro estágios sucessivos. Os dois primeiros, vividos em casa e os dois últimos, no hospital (diagrama nº 32). No caminho percorrido pelo processo "tendo que operar-se" podem ser identificados alguns marcos, chamados de eventos significativos. São cinco os eventos significativos identificados: a "manifestação de alteração na saúde", a "consulta médica", a "hospitalização", a "cirurgia" e a "alta hospitalar". Cada um destes eventos influencia a forma como o processo do "tendo que operar-se" é vivido pelo paciente, já que cada um deles está intimamente relacionado a um problema. Os cinco problemas que se destacam na experiência do paciente cirúrgico, afetam o processo do "tendo que operar-se" e estão relacionados aos cinco eventos significativos, respectivamente: "perceber as alterações na saúde", "ter a notícia da necessidade de cirurgia", "sair de casa e ir para o hospital", "passar por risco e desconforto",

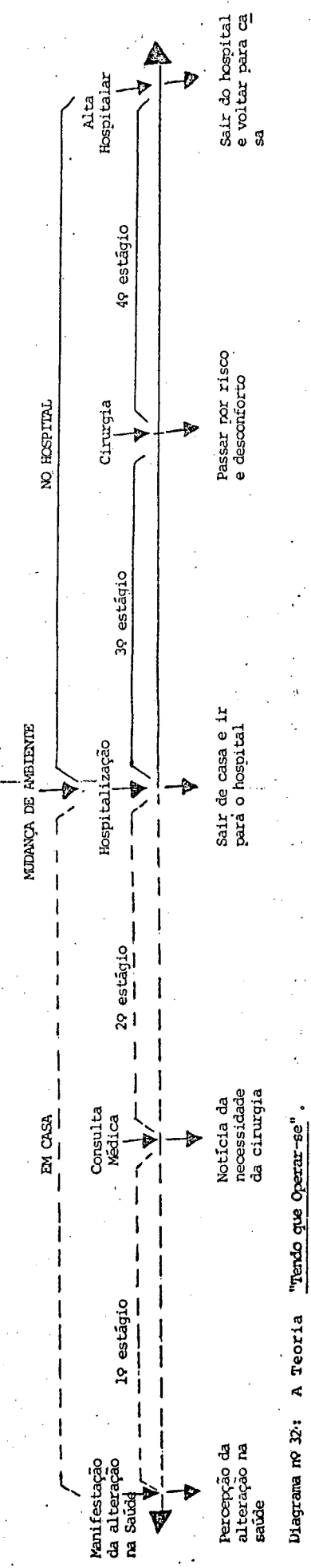
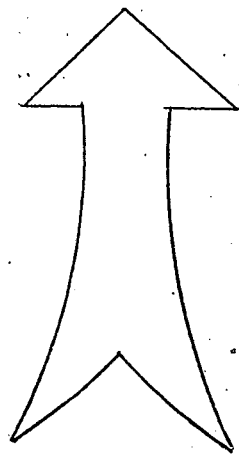
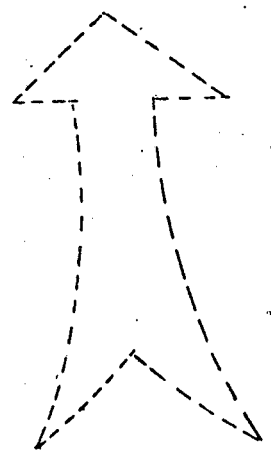
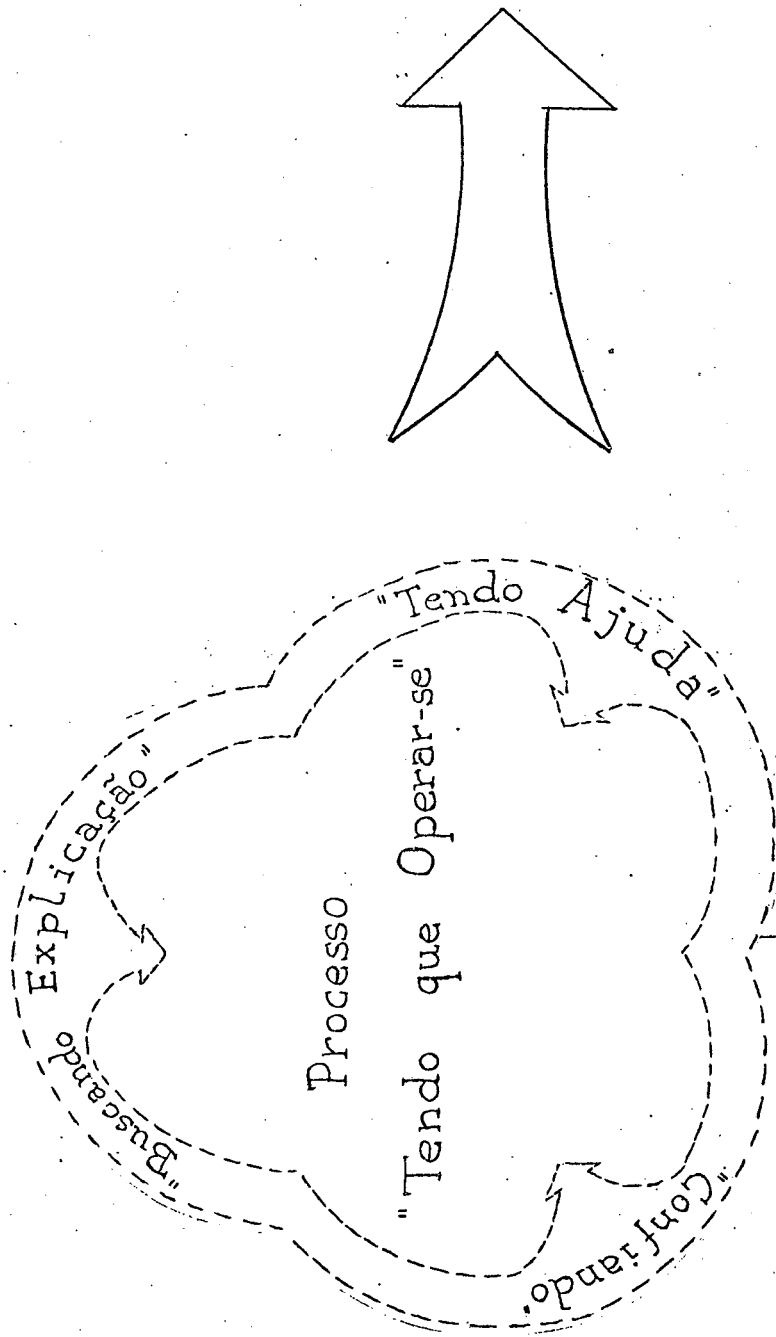


Diagrama nº 32: A teoria "Tendo que Operar-se".

e "sair do hospital e voltar para casa" (diagrama nº 32).

"Tendo que Operar-se" - Uma Experiência Particular de Cada Paciente:

"Tendo que Operar-se" é uma experiência própria e particular de cada paciente. Ela é semelhante, mas não igual para os pacientes que a vivenciam. Essa particularidade é definida por influência de alguns fatores que podem provocar mudanças na intensidade e na forma como cada paciente vivencia o "Tendo que Operar-se". Esses fatores podem ser reunidos em dois grupos; as características pessoais do paciente e as características particulares da situação.

As características pessoais do paciente são todas as características próprias, que o diferenciam dos demais. Aqui estão incluídas sua história de saúde, sua experiência anterior, sua situação sócio-econômica, idade, temperamento e hábitos comportamentais, entre outros:

"Desde pequena fui doente". (Fátima)  
 "Esta é minha segunda internação. A primeira foi devido à vesícula. Fiquei 17 dias no hospital". (Paulo)  
 "Acho que sou fraca e medrosa. Sou chorona e manhosa. Tenho medo de agulhas". (Marina)

As características particulares da situação são as características próprias da situação específica, vivida por cada paciente. Essas variam de caso para caso. Aqui estão incluídos os aspectos citados no quadro nº 38: a gravidade da doença e o grau de desconforto; tipo, hora e desconforto envolvido na cirurgia; tipo de anestesia; tratamento clínico antes, durante e após a cirurgia; intercor

rências, como complicações e alterações no cronograma de Centro Cirúrgico; tipo de internação (previdenciária ou particular); características da instituição e características da equipe de saúde (quadro nº 38):

"O médico disse que vou ter alta em 48 horas. Acho que a operação é simples e que não vou sentir nada". (Luiz)

"A hora que fiquei mais nervoso foi quando fui para o Centro Cirúrgico e tive que voltar para a unidade, porque a cirurgia foi suspensa. Cheguei na unidade quase morto, é que fiquei muito nervoso. A gente não está acostumado com isto ...".

(José)

"Eu estava com dor, vontade de urinar e não podia. Urinava pouco ...". (Francisco).

Quadro nº 38: Características Particulares da Situação.

Características Particulares da Situação	Doença	Gravidade Tipo de manifestações Grau de desconforto
	Cirurgia	Tipo Grau de risco Grau de desconforto Hora da cirurgia Previsão do tempo de internação
	Anestesia	Tipo
	Tratamento	Anterior à cirurgia Uso de tranqüilizantes Analgésicos Pré-Anestésicos
	Equipa de Saúde	Competência técnica Relacionamento
	Instituição	Normas Rotina
	Intercorrências	Complicações Alteração no cronograma do Centro Cirúrgico
	Internação	Previdenciário Particular

## B) Discussão da Teoria "Tendo que Operar-se"

Na literatura consultada não foi encontrado nenhum outro estudo voltado à construção de uma teoria substantiva relativa à experiência do que é ser um paciente cirúrgico. Também não foi encontrado um modelo teórico que descrevesse e/ou explicasse a experiência vivida ao "ter que" se fazer algo, sentido como obrigatório ou forçado. Por isso, optou-se por discutir comparativamente a teoria do "Tendo que Operar-se" com três modelos teóricos que, de certa forma, estão relacionados à experiência vivida pelo paciente cirúrgico. São elas: a teoria da crise de CAPLAN (1980:53-59, a publicação original data de 1964), o modelo teórico sobre a morte e o morrer de KÜBLER-ROSS ((1981:49-147, a publicação original data de 1969) e a teoria da dissonância cognitiva de FESTINGER (1975:11-244, a publicação original data de 1957).

### A Teoria do "Tendo que Operar-se" e a Teoria da "Crise":

Segundo a teoria de crise de CAPLAN (1980:52-53), a pessoa atua de acordo com certos padrões, sendo que a consistência normal do padrão de uma pessoa ou seu equilíbrio é mantido por mecanismos de reequilíbrio homeostático. Desvios temporários desse padrão ou equilíbrio mobilizam forças opostas que, automaticamente, repõem o padrão



em seu estado anterior. CAPLAN (1980:53) acrescenta que no curto período que antecede a solução, o organismo permanece em estado de tensão. Para ele, na crise, esse espaço de tempo estaria aumentado, pois o estímulo do problema é maior que as forças reequilibradoras usuais, que desta forma não são bem sucedidas na mesma margem de tempo (diagrama nº 33). Nesse caso, a tensão aumenta e surge uma perturbação que é caracterizada pelo sentimento de desconforto, angústia, medo, culpa ou vergonha.

A crise de desenvolvimento ou maturacional (CAPLAN, 1980:49) está relacionada aos transtornos cognitivos e afetivos nas diferentes fases que sucessivamente caracterizam o desenvolvimento da personalidade nas várias etapas da vida. As crises acidentais ou situacionais, por sua vez, estão relacionadas a períodos de perturbações emocionais e comportamentais, semelhantes às anteriores, mas que são precipitados por situações que surgem e ameaçam a integridade e o equilíbrio biológico, psicológico e social. Dentro disso, pode-se dizer que a doença, hospitalização e cirurgia são casos típicos de crise acidental ou situacional.

---

Dificuldade de importância do problema



Mecanismos imediatamente disponíveis para resolvê-los

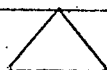


Diagrama nº 33: Características da crise (CAPLAN, 1980).

Para CAPLAN (1980:55), a crise tem três ou quatro fases. A primeira é caracterizada pela elevação inicial da tensão. A segunda, pela falta de êxito e continuação do estímulo. E a terceira, por uma nova elevação da tensão, levando-a a ultrapassar um terceiro limiar. Esta última atua como um poderoso estímulo interno na mobilização de recursos internos e externos. Se a crise então ainda não for resolvida, se o problema continua e não pode ser resolvido com satisfação da necessidade, nem evitado pela renúncia à necessidade, a tensão aumenta e pode ocorrer grave desorganização. Essa seria a quarta fase, que normalmente não chega a ser vivida pelo paciente cirúrgico, já que seu problema é resolvido com a operação.

Assim, como na **teoria do "Tendo que Operar-se"**, existem fatores que vão determinar a particularidade da experiência, na teoria da crise, segundo CAPLAN (1980:56-59), há fatores que influenciam no desfecho da crise. Ele identifica dois tipos de influências: os fatores pessoais e os fatores sócio-culturais. Nos fatores pessoais estão incluídas sua experiência de crise no passado e a percepção da situação atual. Nos fatores sócio-culturais estão incluídos os valores, as tradições, o meio e as interações.

Pode-se dizer, com segurança, que a experiência de ser um paciente cirúrgico traz consigo a vivência de uma crise situacional. O problema central é a cirurgia. Apesar dela ser considerada pelo paciente como o maior problema, não é o único. Ligado a ela há outros problemas, que despertam no paciente uma maior ou menor tensão inicial. Poder-se-ia até dizer que a experiência de ser um paciente

cirúrgico envolve uma crise maior, com vários e sucessivas crises menores sobrepostas.

Os problemas ou dificuldades geradores da crise vivida pelo paciente cirúrgico estão intimamente relacionados com dois dos sub-processos que compõem o processo "tendo que operar-se". São os sub-processos: "tendo perturbações físicas" e "sentindo". O primeiro é expresso na categoria "Tendo Perturbações Físicas" e o segundo nas categorias "Esperando"; "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente". As dificuldades e os problemas pelos quais o paciente cirúrgico passa, refletem-se em suas vivências. Serão citados apenas dois exemplos. Nota-se, a propósito, que a "percepção das alterações na saúde" está especialmente relacionada com a categoria "Tendo Perturbações Físicas". Ter a "notícia da necessidade da cirurgia", por sua vez, está mais relacionada com as outras três categorias, "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente".

Para enfrentar essas dificuldades ou problemas, o paciente cirúrgico, de acordo com a teoria da crise, faz uso de mecanismos internos ou externos. Na teoria do "Tendo que Operar-se", esses mecanismos estão presente no sub-processo "buscando solução" e nas três categorias que amezizam essa experiência para o paciente. Resolver os problemas ou tentar tirá-los de sua mente são "mecanismos" que o paciente utiliza. "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação", sendo vivências que facilitam a experiência, podem também ser consideradas como "mecanismos" utilizados pelo paciente, se não para resolver, ao menos para minimizar suas dificuldades ou problemas. São vivências

que tentam contrabalançar a experiência difícil e desagradável que é ser um paciente cirúrgico.

Quando esses "mecanismos" não são bem sucedidos diante dos problemas ou dificuldades é que ocorre a crise. A tensão aumenta e surge uma perturbação, que é expressa no sentimento de desconforto, angústia e medo. A crise está relacionada com o equilíbrio entre os problemas ou dificuldades e os mecanismos utilizados para enfrentá-los. Na linguagem da teoria do "Tendo que Operar-se", a crise estaria relacionada com o equilíbrio de duas forças. De um lado os problemas e as vivências consideradas difíceis pelo paciente: "Tendo Perturbações Físicas", "Esperando" e "Perdendo Controle". De outro lado está o sub-processo "buscando soluções" e as vivências que amenizam a experiência, as categorias "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação". Quando esses não são bem sucedidos diante daqueles, ocorre a crise, que, no caso, se expressa na categoria "Sofrendo Emocionalmente", que integra o sub-processo "sentindo". Dele fazem parte a sensação e a expressão de sentimentos como o "medo", "nervosismo", "agonia" e "preocupação", muito semelhantes aos sentimentos que, segundo CAPLAN, caracterizam a crise.

A crise, sua evolução e seu desfecho, é afetada por alguns fatores. Sua evolução está intimamente relacionada ao grau de dificuldade e à importância do problema para a pessoa. Seu desfecho é influenciado por fatores pessoais e sócio-culturais. O processo "tendo que operar-se" sofre um tipo de influência semelhante. A particularidade com que cada paciente o vivencia é afetada pelas "caracte

rísticas pessoais do paciente" e pelas "características particulares da situação". O grau de importância do problema e os fatores pessoais estão bastante relacionados com as "características pessoais do paciente", enquanto que a dificuldade do problema e os fatores sócio-culturais estão mais relacionados com as "características particulares da situação".

Dois outros aspectos devem ser comentados nessa análise comparativa das duas teorias. O primeiro é a dimensão espaço-temporal. Na teoria da crise a dimensão tempo está expressa nas três ou quatro fases sucessivas que, segundo Caplan, compõem a experiência da crise: a tensão inicial, a não resolução da crise, a mobilização dos recursos internos e externos e por último, se a crise ainda não foi resolvida, a possibilidade de grave desorganização. Na Teoria do "Tendo que Operar-se", a dimensão tempo se expressa nos quatro estágios pelos quais o paciente cirúrgico passa, desde a "manifestação da alteração na saúde" até a "alta hospitalar". Durante este espaço de tempo, como já foi mencionado, o paciente pode experimentar várias pequenas crises.

A dimensão espaço, na teoria da crise, está relacionada ao ambiente, sendo considerada como um fator que pode provocar alterações na vivência da crise. Na teoria do "Tendo que Operar-se" a dimensão espaço é parte do processo espaço-temporal vivido pelo paciente. É algo presente na própria evolução do processo "tendo que operar-se".

O outro aspecto refere-se à questão central, que é abordada em cada uma das teorias. A teoria da crise abor

da essencialmente a relação entre as dificuldades ou problemas encontrados e os mecanismos internos e externos disponíveis para resolvê-los. Apesar desse ser um dos aspectos, da experiência do paciente cirúrgico, não é o seu todo. Ela envolve outros aspectos além deste. A teoria "Tendo que Operar-se" tenta ordenar os vários aspectos que integram essa experiência, indo além das crises vividas nessa ocasião. Ela procura mostrar como os diferentes aspectos que integram a experiência do paciente cirúrgico estão constituídos e relacionados e como evoluem no processo espaço-temporal.

A Teoria do "Tendo que Operar-se" e o Modelo Teórico "Sobre a Morte e o Morrer":

A morte é uma questão difícil para todos. Viver o processo de morte e do morrer, segundo KLUEBER-ROSS (1981: 49-147) desperta reações características em quem tem que vivê-lo. Ela identifica cinco estágios sucessivos. O primeiro é a negação e isolamento inicial, comum após uma notícia inesperada e chocante. Funciona como um pára-choque. Dá tempo para o paciente se recuperar. O segundo estágio é caracterizado pela raiva, revolta, inveja e ressentimento. O terceiro é caracterizado pela barganha. Envolve as promessas e a tentativa de ser recompensado, com a cura, por seu bom comportamento. É como se ele oferecesse algo em troca ou fizesse algo que, outro (geralmente Deus) deseja, para, assim, talvez alcançar a cura ou o prolongamento da vida. O quarto estágio é caracterizado pela depressão. É o

sentimento de grande perda, de não realizar muitos sonhos. Pode estar associada tanto a perdas passadas, quanto a perdas iminentes. O quinto e último estágio é a aceitação. É caracterizada por uma tranqüila expectativa. Não é felicidade, mas quase uma fuga de sentimentos. "É como se a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do repouso derradeiro" (KÜEBLER-ROSS, 1981:120).

Para KÜEBLER-ROSS (1981:142) essa seqüência de estágios começa a se desencadear no momento em que o paciente tem o choque da notícia da doença grave ou da possibilidade da morte. Às vezes, um estágio poderá substituir outro, ou então, poderão se encontrar lado a lado (KÜEBLER-ROSS, 1981:145). A duração de cada estágio é variável. Segundo KÜEBLER-ROSS (1981:146), há uma sensação que persiste em todos estes estágios, a esperança. Nela está incluída a sensação de que tudo deve ter algum sentido que pode compensar, como também a esperança de cura e de que tudo não passa de um pesadelo. A esperança é conforto, quando em situação difícil.

Ser um paciente cirúrgico não é fácil. A cirurgia e a anestesia significam a possibilidade de morte, por isso podem ser percebidas algumas semelhanças entre a experiência de estar diante da morte e a experiência de estar diante da cirurgia. Mesmo que a situação vivida não seja a mesma, uma análise comparativa entre as duas teorias é válida.

O ponto inicial no modelo teórico "sobre a morte e o morrer" é a notícia, que tem no paciente um impacto semelhante a um choque. O paciente cirúrgico também sofre es

te impacto ao receber a notícia de que terá que ser operado. É nesse momento que tem início para o paciente, de forma mais evidente, a experiência de ser um paciente cirúrgico. Os três sub-processos e as categorias que compõem cada um deles se tornam mais marcantes a partir desse momento. Na teoria do "Tendo que Operar-se" a "notícia da necessidade da cirurgia" é identificada como o segundo problema significativo vivido pelo paciente cirúrgico no decorrer do processo espaço-temporal.

As reações que, sucessivamente, segundo o modelo teórico "sobre a morte e o morrer", são experimentados pelo paciente ao estar diante da morte, também podem ser identificadas no paciente cirúrgico. Ele também pode apresentar reações de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, mesmo que elas não ocorram necessariamente nessa ordem. Além disto, cada uma delas pode ocorrer em diferentes momentos, desde a "manifestação da alteração na saúde" até a "alta hospitalar". A negação, por exemplo, pode acontecer tanto, quando surge a "manifestação da alteração na saúde", como quando é recebido a "notícia da necessidade da cirurgia" ou ainda no tempo que antecede a cirurgia. Na teoria do "Tendo que Operar-se", essas cinco reações não foram identificadas e classificadas isoladamente. Três delas foram agrupadas no sub-processo "buscando solução". A negação está presente quando o paciente busca a solução "tentando tirar da mente". A raiva e a aceitação já estão ligadas ao "tentando resolver". Podem ocorrer quando a decisão é tomada e não está de acordo com a opinião dos que cercam o paciente. A depressão, por sua vez, já está mais



associada à categoria "Perdendo Controle", que integra o sub-processo "sentindo". Ela transparece especialmente na sub-categoria "tendo sensações". Das cinco reações identificadas no modelo teórico "sobre a morte e o morrer" a que é menos percebida no paciente cirúrgico é a de barganha. Ela está presente na categoria "Tendo Ajuda", especialmente na sub-categoria "tendo apoio ou retaguarda espiritual", quando o paciente faz promessas para que seja curado e se já bem sucedida a operação.

A esperança é um sentimento que perpassa todos os cinco estágios e tem duas dimensões: a sensação que a experiência vivida possui um sentido que pode compensar e a esperança de cura, de que tudo não passa de um pesadelo. A esperança, mesmo estando presente no paciente cirúrgico, não foi trabalhada isoladamente na teoria do "Tendo que Operar-se". A primeira dimensão citada, está presente na categoria "Buscando Explicação", pois o paciente também busca um sentido para sua experiência de doença, hospitalização e cirurgia. A segunda dimensão está presente na categoria "Esperando", na sub-categoria "tendo um misto de sentimentos", dos quais faz parte a esperança de sucesso, de recuperação rápida e de um futuro melhor.

No modelo teórico "sobre a morte e o morrer", o tempo está expresso nas cinco reações sucessivamente experimentadas, pois cada uma delas é considerada um estágio. Na teoria do "Tendo que Operar-se", ele está presente nos quatro estágios do processo espaço-temporal, desde o "surgimento das alterações na saúde" até a "alta hospitalar". Nesse caso não são as reações do paciente, mesmo que este

jam relacionadas, que delimitam cada estágio, e sim, os cinco eventos que marcam, que caracterizam o processo espaço-temporal. São eles: a "manifestação da alteração na saúde", a "consulta médica", a "hospitalização", a "cirurgia" e a "alta hospitalar".

O modelo teórico "sobre a morte e o morrer" trata essencialmente das reações percebidas em pacientes que estão diante da morte, das suas respostas e comportamentos frente a essa ameaça. Apesar de a cirurgia e a anestesia significarem para o paciente cirúrgico a possibilidade de morte, este modelo teórico não pode ser integralmente aplicado a situação. A experiência do paciente não se restringe à possibilidade de morte, por isso a teoria "Tendo que Operar-se" aborda outras vivências além dela. A teoria está voltada para a experiência no seu todo, tanto o que lhe é desagradável, difícil e indesejável, quanto o que pode amenizá-la.

#### A Teoria do "Tendo que Operar-se" e a Teoria da Dissonância Cognitiva:

O homem busca a coerência entre o que pensa, sabe e crê e o que faz. Quando isto não ocorre, ou seja, quando há uma situação de incoerência, essa raramente é aceita pela pessoa, que para resolvê-la faz uso da racionalização. Quando ela não é bem sucedida na explicação ou racionalização ocorre o desconforto psicológico. É disso que trata a teoria da dissonância cognitiva, pois a essa situação de incoerência FESTINGER (1975:11-14) chamou de dissonância, e

a situação de coerência ele chamou de consonância. Segundo ele, a dissonância ocorre quando há relações discordantes entre cognições, ou seja, quando há incoerência entre qualquer conhecimento, opinião e convicção sobre o meio e sobre nós mesmos e o nosso comportamento. FESTINGER (1975: 21) diz: "dois elementos estão em relação dissonante se, considerados isoladamente, o inverso de um elemento decorre do outro". Como fontes da dissonância, aponta: a inconsistência lógica, hábitos culturais, opinião específica e experiência passada (FESTINGER, 1975:22). Sua magnitude é uma função da importância dos elementos envolvidos. A presença da dissonância leva à ação para reduzi-la. "A força das pressões para reduzir a dissonância é uma função da magnitude da dissonância" (FESTINGER, 1975:23-25). Como formas para reduzir a dissonância ele aponta: mudança do comportamento, a mudança do elemento cognitivo ambiental e a adição de novos elementos cognitivos (FESTINGER, 1975: 26).

FESTINGER (1975:37-48, 82-92) aplica a teoria da dissonância cognitiva à duas situações específicas, a decisão e a condescendência forçada. Para cada uma destas situações, apresenta também uma teoria:

Primeiramente, ele afirma que uma das conseqüências da decisão é a dissonância entre duas alternativas semelhantes atraentes. Para ele, a magnitude da dissonância pós-decisória dependerá da importância da decisão, da atração relativa da alternativa preterida e do grau de sobreposição cognitiva das alternativas presentes na decisão (FESTINGER, 1975:37,39, 41-43). Segundo FESTINGER (1975:45-46),

a dissonância pós-decisória também leva à manifestação de pressão para reduzi-la, expressa na mudança ou revogação da decisão, mudança de atratividade das alternativas envolvidas e, por último, o estabelecimento da sobreposição cognitiva entre as alternativas envolvidas na escolha.

A segunda situação a que FESTINGER (1975:82) se refere, é a condescendência forçada. Esta relacionada às circunstâncias em que as pessoas se comportam de maneira contrária às suas convicções, ou fazem publicamente afirmações nas quais não acreditam. Está relacionada ao emprego de ameaça, punição ou recompensa especial. Nesse caso, a dissonância se dá entre o comportamento manifesto e a opinião privada, conseqüente da condescendência forçada e não propriamente da oposição dos dois elementos. A magnitude da dissonância, então, está relacionada à força das punições ou das recompensas e à importância que tiverem as opiniões ou condutas envolvidas. Nesse caso, a manifestação de pressão para reduzir a dissonância se expressa na diminuição do número de relações dissonantes e aumento do número de relações consonantes, através da mudança de sua opinião ou crença. Como terceira expressão, FESTINGER (1975:90) aponta a ampliação da importância da recompensa ou punição.

FESTINGER (1975:118, 119, 161) ainda apresenta duas outras teorias: a teoria da exposição voluntária e involuntária à informação e a teoria do papel do apoio social. Ambas estão relacionadas com a busca pela redução da dissonância. Diz ele que a "situação de pré-ação ou pré-decisão caracterizar-se-á por uma busca extensa e não

seletiva de informações relevantes". "Na presença de dissonância espera-se a busca por informação para diminuir a dissonância". Isso está relacionado com a outra teoria, a do papel do apoio social, já que o grupo social é um veículo de eliminação ou redução da dissonância. Para isso é necessário que a opinião ou crença do grupo social esteja de acordo com a da pessoa que vivencia a dissonância. Por outro lado, o grupo social também pode ser uma importante fonte de dissonância, se houver desacordo entre as opiniões ou crenças do grupo e da pessoa em questão.

O paciente cirúrgico vive uma situação de dissonância, mesmo que não seja propriamente entre sua opinião ou crença e seu comportamento. Nesse caso a relação discordante se dá entre seu desejo e o seu comportamento ou ação. Ele concorda em operar, apesar de preferencialmente não desejá-lo. A sua concordância está vinculada à sua situação de saúde. E o fato de o paciente concordar em operar, fazer os preparativos, hospitalizar-se e efetivamente submeter-se à cirurgia, que irá levá-lo a vivenciar a maior parte das vivências de dois sub-processos que compõem a teoria do "Tendo que Operar-se". O primeiro sub-processo que está vinculado a esse comportamento ou ação é o "tendo perturbações físicas". Com a realização do ato cirúrgico, a perturbação física se torna temporariamente mais evidente. O outro, é o sub-processo "sentindo" e suas três categorias "Esperando", "Perdendo Controle" e "Sofrendo Emocionalmente".

Não é fácil para o paciente viver a dissonância entre o seu desejo e o seu comportamento ou ação. Ele ten

ta reduzi-la. Não propriamente através da racionalização, mesmo que ela possa ocorrer, mas através do sub-processo "**buscando solução**". Mesmo que concretamente ele não possa modificar o elemento ambiental, já que a doença e a necessidade da cirurgia é uma realidade, ela pode mudá-lo na sua imaginação, o faz através da vivência expressa na sub-categoria "**tentando tirar da mente**". Ele também pode mudar seu comportamento. Isso ocorre quando repensa a decisão tomada e opta por não operar mais, o que está expresso na sub-categoria "**tentando resolver**". A terceira forma de reduzir a dissonância é a adição de novos elementos. Isso, no caso do paciente cirúrgico, se expressa nas três categorias que amenizam a experiência para o paciente: "**Confiança**", "**Tendo Ajuda**" e "**Buscando Explicação**". Essas lhe oferecem apoio para a ação ou comportamento do operar, reduzindo em parte a dissonância com o seu desejo, que é de não ser operado.

Quando essas tentativas de reduzir a dissonância não são bem sucedidas, ocorre um desconforto psicológico, que no caso do paciente cirúrgico é expresso na categoria "**Sofrendo Emocionalmente**", que se manifesta nos sentimentos de "**medo**", "**nervosismo**", "**agonia**" e "**preocupação**".

A magnitude de dissonância, no caso do paciente cirúrgico, também está relacionada com a importância e intensidade dos elementos envolvidos. Dessa forma, pode-se dizer que ela está relacionada com os dois grupos de características que irão determinar a particularidade da experiência: as "características pessoais do paciente" e as "características particulares da situação". A categoria

"Buscando Explicação" também está relacionada com a magnitude da experiência para o paciente, já que o significado e a razão que ele dá para a doença, para a cirurgia e para o sofrimento afetam a importância e a intensidade com que ele vive da experiência.

A dissonância pós-decisória também é percebida no paciente. Mesmo depois de ter decidido operar, a alternativa de não operar continua sendo atraente e desejada por ele. Isso é característico da dissonância pós-decisória. Ela é tanto maior, quanto maior for a importância da decisão e a atração da alternativa rejeitada, no caso, não se operar. Para reduzi-la o paciente pode mudar ou revogar a decisão, optando pela alternativa antes rejeitada. Nesse caso, o problema é apenas temporariamente resolvido. O paciente pode também mudar a atratividade das alternativas, reduzindo em sua mente os elementos favoráveis da alternativa rejeitada e os elementos não favoráveis da alternativa escolhida. Isso é feito, por exemplo, buscando informações consonantes com a decisão tomada. A dissonância pós-decisória também pode ser reduzida através do estabelecimento da sobreposição cognitiva entre as alternativas envolvidas na escolha. Neste caso, o paciente estabelece mentalmente as semelhanças entre as duas alternativas, diminuindo assim a dissonância sentida em relação a elas.

A doença e a cura, na situação vivida pelo paciente cirúrgico, podem ter para ele um sentido de punição e recompensa. Ele decide operar-se para obter a cura, mesmo que essa decisão seja dissonante com seu desejo interior. Para reduzir esse tipo de dissonância o paciente pode ten

tar trabalhar o seu desejo de não querer ser operado, ampliando em sua mente as recompensas da realização da cirurgia.

As teorias relacionadas à informação e ao papel do apoio social abordam a contribuição que ambas podem dar para diminuir a dissonância cognitiva. No apoio social está apenas incluída a informação que pode vir do grupo social. No caso do paciente cirúrgico, o apoio social e a informação afetam a dissonância experimentada por ele. A diferença é que o grupo social que está ao lado do paciente na sua experiência não influencia apenas dando informação. Ele faz muito mais, propicia a vivência da categoria. "Tendo Ajuda":

A dimensão espaço-tempo não é considerada na teoria da dissonância cognitiva. Ela apenas considera que o tempo de sua duração é variável, mas não são identificadas fases ou estágios.

A teoria da "dissonância cognitiva" tem como substrato básico o fato do "ser humano tentar estabelecer harmonia, coerência ou congruência interna entre suas opiniões, atitudes, conhecimentos e valores" e o comportamento ou ação adotados (FESTINGER, 1975:229). Esse é um dos aspectos da experiência do paciente cirúrgico que, no entanto, vai além de sua vivência relacionada à decisão de operar-se ou não se operar e ao conflito entre seu desejo e seu comportamento. A teoria "Tendo que Operar-se" tem por objetivo compreender a experiência do paciente cirúrgico no seu todo, procurando mostrar quais são as suas diferentes vivências, qual a relação entre elas e qual a parti



cipação e evolução de cada uma no transcorrer do processo espaço-temporal.

### 3.4 - A Espiritualidade do Paciente Cirúrgico:

Refletindo sobre os dados coletados, percebe-se que a espiritualidade é algo bastante significativo na experiência do paciente cirúrgico. É comum ele buscar uma maior proximidade com Deus, com Maria e com os Santos. Especialmente Deus tende a ser percebido como tendo o poder supremo. É por isso que a espiritualidade foi identificada como o "reconhecimento de um ser superior; muitas vezes tido como último recurso, alguém que ainda pode fazer algo, que ninguém mais pode fazer:

"Esqueci de tudo no Centro Cirúrgico. Só lembrei de Deus. Só contei mesmo com a ajuda de Deus". (Leila)

"Não pensava em nada, só pedia para Deus guiar a mão dos médicos e que a operação corresse bem". (Maria)

"Outras pessoas não podiam fazer mais nada por mim, só Deus". (Sílvia)

"Deus é alguém superior que está junto". (Aparecida)

A busca e reconhecimento de um ser superior é algo que está presente, transparece e é parte integrante das três categorias que amenizam a experiência para o paciente cirúrgico. No entanto, para entender melhor a forma como esta busca e reconhecimento de um ser superior está presente na sua experiência e no processo espaço-temporal, os dados relacionados a ela estão sintetizados no diagrama nº 34, apesar de já terem sido citados nas categorias "Confiando", "Tendo Ajuda" e "Buscando Explicação".

A) O "Reconhecimento de um Ser Superior" e a Teoria "Tendo que Operar-se":

O "reconhecimento de um ser superior" é algo evidente durante todo o processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico, desde antes da notícia da necessidade da cirurgia até a alta hospitalar. Há certos aspectos que tendem a se manter constantes durante todo o tempo na vivência do paciente, é o caso da denominação de sua religião e o sentido que a doença, cirurgia e sofrimento tem para ele (diagrama nº 34);

"Sou católica e participo de movimento carismático". (Aparecida)

"Parece que a doença é para levar a gente para mais perto de Deus". (Marli)

"Deus permitiu a cirurgia para aprender maior confiança". (Marina)

Há outras vivências, relacionadas à busca e ao "reconhecimento de um ser superior", que tendem a variar no decorrer do tempo. Em casa, por exemplo, o paciente costuma manter seus hábitos religiosos. Quando a alteração de saúde é percebida por ele, estes hábitos se mantêm e às vezes até se intensificam (diagrama nº 34):

"Na minha casa é comum a palavra de Deus". (Mária)

"Sou católica mas vou pouco à missa. Rezo em casa ... Não sou de me confessar .... Tem vezes que me confesso a Deus, peço perdão". (Sandra)



Com a consulta médica e a notícia da necessidade de cirurgia, a busca do poder superior aumenta. O paciente e sua família costumam rezar mais e fazer promessas. Alguns pacientes se preparam anteriormente, fazendo novena, confessando-se e fazendo curso bíblico. Nessa época, também podem ter a ajuda de amigos, que apontam para o poder de Deus (diagrama nº 33):

"Quando soube da cirurgia, coloquei, em casa e na igreja, o médico e a cirurgia nas mãos de Deus". (Silvia)

"Uma parente, que é freira, telefonou e mandou que rezasse bastante". (Marli)

Com a hospitalização e a proximidade crescente da cirurgia a busca de Deus se intensifica ainda mais, apesar de, com a hospitalização, ser dificultada a prática de certos hábitos religiosos. O paciente reza mais, pensa mais em Deus e entrega a sua situação nas mãos dele (diagrama nº 33):

"Na maca ficava pensando: seja o que Deus quiser". (Tânia)

"Lembro de Deus nos apertos". (Sandra)

Após a cirurgia a intensidade da busca de um ser superior tende a diminuir. O paciente continua rezando e pensando em Deus, mas sem tanta constância. Ele pede para que Deus diminua sua dor e que a recupere rapidamente. Alguns pacientes também procuram consolar e ajudar outros pacientes, tendo por base o poder de Deus (diagrama nº 33):

"Pensando em Deus para que aliviasse sua dor ou tocasse nas mãos das irmãs para que viessem dar remédio". (Marina)

"Marina procurou animar muito a paciente da cama ao lado - que estava com medo - falando de Deus e de Jesus". (Nota de Observação)

Os dados citados no diagrama nº 34 fazem referência a, pelo menos, quatro diferentes aspectos relativos à expressão do "reconhecimento de um ser superior". Todos, na opinião dos próprios paciente, referentes a sua parte religiosa ou espiritual, pois para eles essas duas palavras são sinônimas. Três desses aspectos podem ser identificados nas categorias "Buscando Explicação", "Tendo Ajuda" e "Confiando". Percebe-se que cada uma dessas categorias tem pelo menos uma sub-categoria que se refere ao "reconhecimento de um ser superior". No caso da categoria "Buscando Explicação", é a sub-categoria "buscando significado". No caso da categoria "Tendo Ajuda", é a sub-categoria "tendo apoio ou retaguarda espiritual". No caso da categoria "Confiando", nota-se que suas quatro sub-categorias mantêm vínculo com o "reconhecimento de um ser superior" (diagrama nº 35).

O quarto aspecto relacionado à expressão do "reconhecimento de um ser superior" é a "afiliação religiosa" (quadro nº 39), que se refere a um aspecto mais oficial, tradicional ou institucionalizado. Inclui "denominação religiosa", "hábitos religiosos" e os "relacionamentos eclesiásticos" (quadro nº 39). A "denominação religiosa" refere-se à vinculação oficial do paciente a uma determinada religião. Os "hábitos religiosos" são costumes religiosos praticados em casa, mesmo antes de adoecer. É o que o paciente costuma fazer no âmbito religioso. Podem ser desta

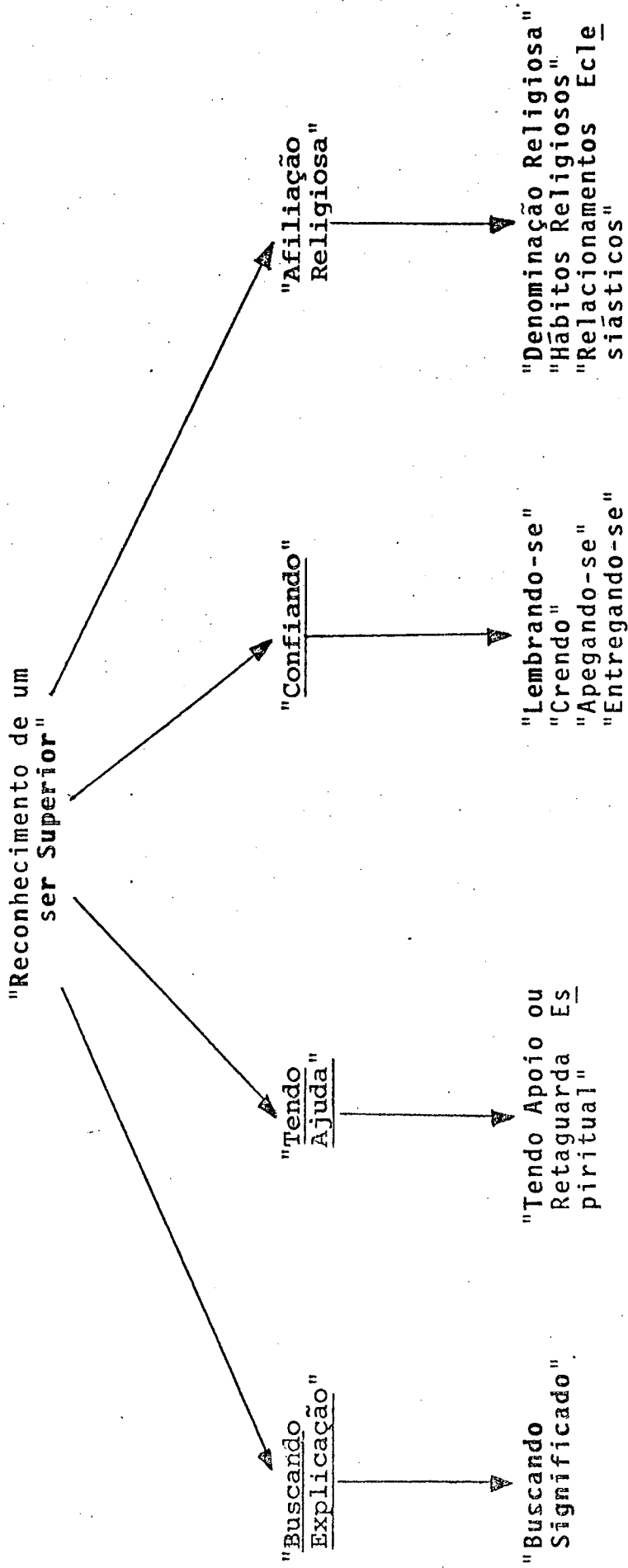


Diagrama nº 35: Aspectos relacionados à expressão do "Reconhecimento de um Ser Superior".

cados a leitura da Bíblia, o freqüentar missa, o fazer novena, lembrar de Deus, rezar e confessar-se. Os "relacionamentos eclesiásticos" referem-se ao vínculo pessoal mantido com a igreja, ministros religiosos e leigos (quadro nº 39):

"Na minha casa é comum ler a palavra de Deus". (Maria)

"Vou pouco à Missa". (Sandra)

"Tenho um bom relacionamento com os padres e com a igreja". (Tânia)

Quadro nº 39: O "Reconhecimento de um Ser Superior" e a "Afiliação Religiosa"

- ser católica	}	"Denominação Religiosa"	} Afiliação Religiosa"		
- ser católica carismática					
- não ser crente					
- ser crente					
- na sua casa é comum ler a palavra de Deus	} Leitura da Bíblia	}			
- costuma ler a Bíblia					
- sempre dentro da Bíblia					
- ir à missa	} Freqüentando a Missa			}	
- ir pouco à missa					
- novena	} Fazendo Novena				}
- rezando em casa					
- agradecendo a saúde e a comida					
- confessando	} Lembrar de Deus em Casa				
- lembrando de Deus em casa, à noite, nas refeições, no trabalho					
- bom relacionamento com os padres	} Relacionamento com as pessoas		}		
- bom relacionamento com a igreja					
		"Hábitos Religiosos"			
		"Relacionamentos Eclesiásticos"			

A intensidade em que cada paciente experimenta os aspectos relativos à expressão o "reconhecimento de um ser

**superior**" pode variar. Um paciente pode expressá-la mais através da "afiliação religiosa", enquanto outro, através do "tendo apoio ou retaguarda espiritual". Alguns pacientes demonstram claramente o vínculo e o apego a Deus na situação de cirurgia. Outros, apesar de lembrarem de Deus e rezarem, tentam demonstrar uma aparente indiferença, fazendo brincadeiras sobre a morte e sobre Deus, ou mostrando-se seguros do sucesso da cirurgia.

O "Reconhecimento de um Ser Superior" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico:

O reconhecimento de um poder superior, expresso em "Confiando", "tendo apoio ou retaguarda espiritual", em "buscando significado" e em "afiliação religiosa", está presente durante todo o processo espaço-temporal vivido pelo paciente cirúrgico. Desde a percepção da alteração na saúde, até a alta hospitalar.

Desses quatro aspectos relacionados à expressão do "reconhecimento de um ser superior" a "afiliação religiosa" é aquela que mais tende a se evidenciar em casa, no primeiro e segundo estágios do processo. É quando a prática da "afiliação religiosa", na forma da denominação religiosa, dos hábitos religiosos e dos relacionamentos eclesiais, está mais forte no paciente (diagrama nº 36). As outras três formas, "Confiando", "tendo apoio ou retaguarda espiritual" e "buscando significado", tende a evidenciar-se mais no segundo e terceiro estágios do processo. É desde a notícia da necessidade da cirurgia até sua realização - enquanto espera ser operado - que o paciente



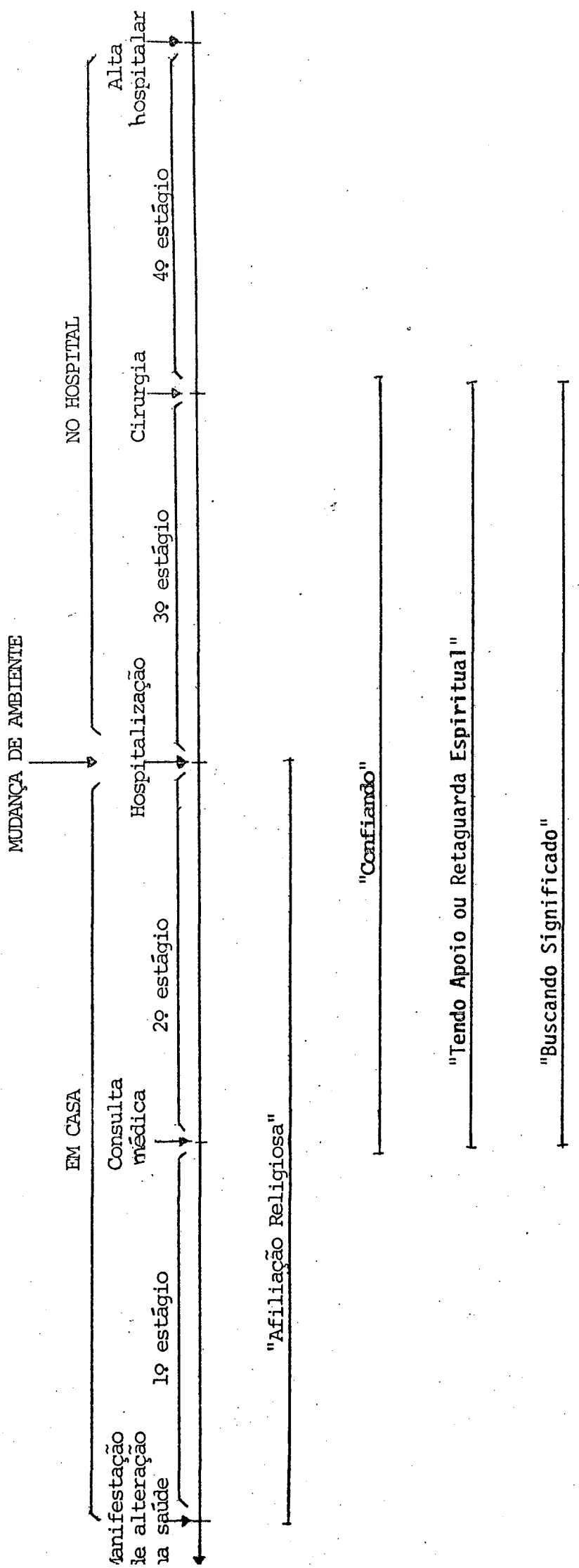


Diagrama nº 36: O "Reconhecimento de um Ser Superior" e o Processo Espaço-Temporal Vivido pelo Paciente Cirúrgico.

mais busca o apoio de um ser superior. É nesta época que ele mais se apega à fé em Deus, ao auxílio, à força e à proteção que Deus pode lhe dar e ao significado nele encontrado para o fato de estar vivendo uma situação difícil (diagrama nº 36). No quarto estágio do processo espaço-temporal, o "reconhecimento de um ser superior" não é mais tão evidente quanto até a realização da cirurgia, apesar de o paciente continuar a manter este vínculo com Deus até o momento da alta hospitalar.

O "reconhecimento de um ser superior" é algo que tende a se tornar mais forte na dificuldade, nos momentos em que o paciente sente-se com menos poder e em maior risco de vida. Ao mesmo tempo, percebe-se que esse reconhecimento está relacionado à experiência passada do paciente. O tipo de vínculo que ele mantinha com Deus, antes de adoecer, influencia sua experiência com Deus, quando doente e hospitalizado. O paciente que costumava manter um relacionamento mais constante com Deus tende a encontrar nele uma maior confiança, ajuda e sentido:

"Participo de um movimento carismático há um ano e meio. Me entreguei a Jesus e isto mudou minha vida ... Na hora silenciosa de sábado de noite tive uma visão de certeza muito grande. Deus disse: tua doença é para médico, vai que lá eu estarei. Aí todo meu nervosismo passou e o trauma acabou". (Aparecida)

B) Discussão da Espiritualidade do  
Paciente Cirúrgico:

Na análise da experiência do paciente cirúrgico a espiritualidade emergiu no "**reconhecimento de um ser superior**", mais especificamente, Deus. Todos os pacientes haviam crescido e viviam num contexto considerado cristão, eram católicos ou evangélicos.

Considerando-se o que tem sido escrito sobre a espiritualidade, percebe-se que o "**reconhecimento de um ser superior**" é um dos aspectos destacados. KOLAKWOSKI (1981: 100) diz que o "homem tem uma necessidade inextinguível de enraizar-se num ser que o supere". Já SILVA (1979: 6 e 24), afirma que o homem não pode, de boa fé, admitir-se absoluto, ainda mais quando diante de uma situação como a cirurgia, já que a doença é uma das limitações do homem.

Há diferentes maneiras de entender e enfatizar os aspectos que são parte da espiritualidade. De acordo com as três perspectivas de estudo e entendimento da espiritualidade, identificadas na introdução do presente estudo, percebe-se que todas, direta ou indiretamente, abordam a questão do "**reconhecimento de um ser superior**". Na primeira, a espiritualidade está presente nos questionamentos, nas problemáticas e nas aspirações que o homem vivencia, por envolverem e muitas vezes levarem a discutir e experimentar o "**reconhecimento de um ser superior**". Na segunda, essa é uma questão que transparece no sistema de crenças, no código ético-filosófico, na crença no sobrenatural, no que a pessoa coloca como supremo, na necessidade de crer

profundamente em alguém e de ultrapassar a si mesmo. Parece, no entanto, que é na terceira perspectiva abordada, que o **"reconhecimento de um ser superior"** está mais evidente. É nela, que o relacionamento homem com Deus tem maior destaque, pois Deus é entendido como o centro da espiritualidade. Apesar de integrar as outras duas, Deus não é necessariamente o aspecto central.

Pesquisas realizadas no âmbito da enfermagem também apontam para o papel central que o **"reconhecimento de um ser superior"**, especialmente Deus, representa na espiritualidade do paciente. ARAÚJO (1976:24,31-33) verificou que quase a totalidade dos pacientes cirúrgicos que participaram do seu estudo, realizado em São Paulo, acreditavam em Deus. YANOSH (1966:48-50) encontrou algo semelhante nos Estados Unidos. Verificou que para os paciente cirúrgicos a necessidade espiritual é algo relacionado com um ser supremo, com ter fé em Deus, ler a Bíblia, participar na igreja e fazer orações. No estudo de MARTIN, BURROW e POMILIO (FISH e SHELLY, 1978:150-166) ficou demonstrado que a grande maioria dos pacientes era da opinião que a pessoa doente precisa mais de Deus. Resultados semelhantes foram encontrados por KEALEY (1974:111), SLAUGHTER (1979:45-46) e HESS (1969:143-149) que também identificaram a importância central que Deus tem para a espiritualidade do paciente.

A espiritualidade é algo que integra inseparavelmente a experiência global do paciente cirúrgico. O **"reconhecimento de um ser superior"** é algo que pode amenizar essa experiência pois é identificado como parte integrante das categorias **"Tendo Ajuda"**, **"Confiando"** e **"Buscando Ex**

plicação". Não é o centro de sua experiência, é muito mais, algo que pode facilitar, dar confiança e sentido nessa si tuação difícil, desagradável e indesejada.

Alguns autores reconhecem ser a espiritualidade parte integral do todo, único e inseparável que o homem é. Este é o caso de CONTINAUD (1969:5-15), GELAIN (1983:79-80), HORTA (1979:39) e STALLWOOD (1979:243-244). Para eles, o homem é mais do que um ser bio-psico-social, é também um ser espiritual. O "reconhecimento de um ser superior" é, portanto, algo que na experiência do paciente cirúrgico tem lugar bem definido. Nas teorias de enfermagem, apesar de poucas delas fazerem referência explícita à espirituali dade, percebe-se que o "reconhecimento de um ser superior" é algo que poderia ter um espaço, muito semelhante ao que ocupa na teoria do "Tendo que Operar-se". Seu lugar especí fico em cada uma das teorias varia de acordo com as carac terísticas particulares delas. Isso já foi comentado na in trodução do presente estudo. Deste modo percebe-se que o "reconhecimento de um ser superior", se adequadamente dire cionado, quando vivido pelo paciente e estimulado pela en fermagem, pode amenizar o impacto sobre o paciente de mui tas das situações difíceis que precisa enfrentar e viver.

Essa questão pode ser comprovada nos resultados de algumas pesquisas realizadas por enfermeiros no Brasil e nos Estados Unidos. ARAÚJO (1976:31), por exemplo, veri ficou que a crença em Deus diminuía o temor comum antes da cirurgia. KEALEY (1974:111-114) identificou que a necessi dade espiritual era algo importante para alguns pacientes que participaram do seu estudo, pois integravam suas for

ças de enfrentamento. Nos estudos de MARTIN, BURROW e POMILIO (FISH e SHELLY, 1978:150-166), SLAUGHTER (1979:45-46) e de HESS (1969:147-149) isso também pode ser identificado. Neles foi verificado que, para o paciente, o atendimento às suas necessidades espirituais está intimamente relacionado ao conforto, à confiança, à esperança e ao sentido experimentados, que lhe dão condições de viver o melhor possível uma situação considerada difícil.

A espiritualidade, caracterizada pelo "reconhecimento de um ser superior", engloba, para os pacientes que integraram a amostra do presente estudo, quatro componentes diferentes "buscando significado", "tendo apoio ou retaguarda espiritual", "afiliação religiosa" e "Confiando". Vários elementos presentes em cada um desses componentes podem ser identificados em pesquisas realizadas no âmbito da enfermagem. KEALEY (1974:111) aponta como as necessidades espirituais mais citadas o auxílio para enfrentar o medo, o conforto na solidão, o apoio para manutenção da fé, o relacionamento com os membros da comunidade religiosa, a ajuda na aceitação de um mau prognóstico, o asseguramento de ter feito a decisão correta, o fato de ter alguém para ouvi-lo e entendê-lo, um clero eficiente e a oportunidade de participar em serviços religiosos. MARTIN, BURROW e POMILIO (FISH e SHELLY, 1978:150-166) chegaram a resultados semelhantes, pois encontraram como necessidades espirituais mais frequentes o auxílio para enfrentar o medo da morte, o conhecimento da presença de Deus, a expressão de cuidado e apoio de outras pessoas e o recebimento dos sacramentos. Os resultados do estudo de SLAUGHTER (1979:45-46) e de

HESS (1969:147-149) confirmam os achados acima. No estudo de SLAUGHTER (1979:45-46) as necessidades mais citadas foram: a esperança, a oração, o significado e propósito na vida e a segurança do amor de Deus. No estudo de HESS (1969:147-149) as necessidades mais frequentemente encontradas foram a oração, as necessidades relacionadas com a solidão e a falta de consciência da presença de Deus. Há ainda o estudo de YANOSH (1966:48-50), onde foi identificado que Deus e as práticas religiosas são aspectos que, juntamente com a família, dão significado à vida do paciente.

Na reflexão sobre os quatro componentes que integram o "reconhecimento de um ser superior", é necessário comentar os trabalhos de STALLWOOD (1979:244) e de FISH e SHELLY (1978:28-41). Elas fazem referência aos diferentes tipos de necessidades espirituais que o paciente pode experimentar. STALLWOOD (1979:244) aponta cinco grupos de necessidades espirituais: o perdão, o amor, a esperança, a confiança e o significado e o objetivo na vida. FISH e SHELLY (1978:28-41), que ampliaram e aprofundaram essa questão, apontam três tipos de necessidades fundamentais: o perdão, o amor e o relacionamento, e o sentido e propósito, onde estão incluídas a esperança e a confiança.

A semelhança entre os componentes do "reconhecimento de um ser superior" e os tipos de necessidades espirituais é facilmente perceptível. O componente "buscando significado" equivale à necessidade de sentido e propósito, já que ambos falam da busca por um sentido, significado, objetivo e propósito para experiências como a doença, a cirurgia e o sofrimento que, em ambos os casos foi encontra

do em Deus. O componente "**tendo apoio ou retaguarda espiritual**" apresenta elementos comuns à necessidade de amor e relacionamento. Ambos refletem a necessidade do paciente em ter apoio e ajuda em situações difíceis como a cirurgia, como também a necessidade de se sentir cuidado por Deus. A necessidade de perdão não foi identificada de forma tão expressiva no presente estudo e nem nos demais já comentados. Ela transparece na atitude do paciente em se confessar antes de internar-se; incluído no componente "afiliação religiosa", por tratar-se de uma atitude mais ligada às tradições religiosas do paciente. O quarto componente, "**Confiando**", é identificado na necessidade de confiança (STALLWOOD, 1979:244), ou então como parte da necessidade de sentido e propósito (FISH e SHERRY, 1978:28).

O "reconhecimento de um ser superior" é algo que, acompanhando o processo do "tendo que operar-se", movimenta-se dinamicamente no processo espaço-temporal. Seus componentes tendem a evidenciar-se em momentos ou épocas específicas, notadamente antes da realização da cirurgia. Boyle (STALLWOOD, 1979:246), identificou quatro estágios pelos quais, sob o ponto de vista religioso, passa o paciente ao adoecer gravemente: desilusão, questionamento, idolatria, e resolução. Apesar dos pacientes do presente estudo não estarem gravemente doentes, pôde-se perceber que vivenciavam algo semelhante. Eles experimentavam uma certa desilusão com Deus e consigo mesmo, ao perceberem suas limitações. Também questionavam a Deus e a si mesmos, por isso ter acontecido com eles. A idolatria, na opinião de Boyle (STALLWOOD, 1979:246), refere-se ao fato de o paciente acei



tar algo ou alguém com poder de solucionar seus problemas. Para os pacientes do presente estudo, percebeu-se, que esse poder às vezes foi atribuído ao médico. A resolução ocorre quando o paciente define qual a participação de Deus na sua situação de vida. Quanto a ela pôde-se observar que a maioria dos pacientes o reconheceram como interessado em ser fonte de ajuda, apoio e força. O que não se pode, no entanto, afirmar com segurança, é se no caso do paciente cirúrgico, esses quatro estágios ocorrem exatamente nesta ordem: desilusão, questionamento, idolatria e resolução.

#### O Espaço da Enfermagem:

Apesar de não ter sido esse o objetivo do estudo, cabe aqui uma reflexão sobre qual o espaço da enfermagem na assistência espiritual ao paciente, especialmente no que se refere ao "reconhecimento de um ser superior". Quais os recursos disponíveis e como o processo de enfermagem pode ser utilizado. Esta reflexão terá como base os resultados do presente estudo, a experiência pessoal do pesquisador, a experiência de outros elementos da equipe de enfermagem, e a revisão da literatura pertinente.

É ao capelão ou ao ministro religioso que cabe a assistência espiritual especializada. Isso de forma alguma isenta o enfermeiro de atuar juntamente com eles, num trabalho integrado. Por isso, para evitar conflitos, é necessário que a função do enfermeiro ou sua linha de ação seja o mais claramente possível definida.

Para BLECKE (1963:28), a principal responsabilidade do enfermeiro é ajudar o paciente a praticar a religião

que até agora praticava, perguntando se deseja ou não o acompanhamento de um capelão ou ministro religioso. O enfermeiro representa a continuidade da assistência espiritual, já que o capelão ou ministro religioso nem sempre estão por perto para atendê-lo. Seu papel é distinto da atividade do capelão em quatro pontos principais: na disponibilidade do tempo, no envolvimento, na experiência e no curso realizado e no ambiente e autoridade (quadro nº 40).

O trabalho integrado do enfermeiro e do capelão ou ministro religioso é fundamental para uma assistência espiritual adequada. O clero e a enfermagem devem completar-se. Para FISH e SHELLY (1978:115), as condições básicas, para que ambos possam realizar um trabalho juntos, são: alvo comum na assistência à pessoa como um todo, distribuição clara de papéis e diálogo aberto. Na prática, as atitudes que por parte do enfermeiro darão mostras disto são: colocar o capelão a par da situação bio-psico-sócio-espiritual do cliente, garantir-lhes privacidade de diálogo e avaliar conjuntamente os resultados das intervenções, dando continuidade à assistência (FISH e SHELLY, 1979:117).

De forma geral pode-se dizer que o papel do enfermeiro é semelhante a um "catalizador" (FISH e SHELLY, 1978:32), já que ele pode facilitar para o paciente a busca por um significado, pode ajudá-lo a encontrar apoio ou retaguarda espiritual, pode ajudá-lo a fortalecer a fé e a confiança, como também facilitar sua prática religiosa. O enfermeiro pode ajudar o paciente a reestabelecer seu relacionamento com Deus, quando esse relacionamento, por algum motivo, está interrompido ou distorcido. No entanto, para

Quadro nº 40: Comparação da Assistência Espiritual ministrada pelo clérigo e pelo Enfermeiro. (FISH & SHELLY, 1978).

VARIÁVEIS	ENFERMEIRO	CLERO
Disponibilidade	<p>Plantão diário de 8 horas. Estar presente nas horas de crise ou tensão. Responsáveis por muitos pacientes, o que pode fazer com que uma conversa necessite ser interrompida para dar assistência a outro paciente.</p>	<p>Visitas ocasionais. Dificilmente presente nas horas de crise. Pode dar total atenção à pessoa durante a visita.</p>
Envolvimento	<p>Intensivo e a curto prazo. Desconhece o passado do paciente, além daquilo que consta no histórico anexo ao prontuário ou das informações dadas pelo paciente.  Conhece somente os membros da família que o visitam. O paciente pode expressar suas dúvidas, medos e fraquezas, sentindo-se menos ameaçado pelo enfermeiro que por alguém conhecido. O relacionamento termina quando o paciente recebe alta. A natureza da tarefa requer intimidade física e emocional.</p>	<p>Extensivo e a longo prazo. Conhece o paciente antes de adoecer, como também nas suas crises passadas.  Conhece o relacionamento familiar. O paciente sente-se envergonhado de expressar suas fraquezas e dúvidas. Há continuidade no relacionamento.  Geralmente o relacionamento com o paciente mantém-se na "esfera pública"</p>
Curso feito e Experiência	<p>Enfermagem e Assistência de Enfermagem - Concentra-se na saúde e na doença.  O conhecimento teológico em geral está limitado à sua fé pessoal. Conhece o processo da patologia, seu efeito sobre as emoções e suas características específicas.</p>	<p>Teologia e Assistência Pastoral. Concentra-se no crescimento e no desenvolvimento espiritual. Compreende a religiosidade do paciente, podendo relacionar-se adequadamente com ele. Conhecimento limitado do processo patológico, podendo a enfermidade e o efeito dos medicamentos confundir-lo.</p>
Ambiente e Autoridade	<p>O ambiente hospitalar lhe é familiar, sente-se bem neste meio com a presença da doença. Não se apavora com o estado do paciente, pois só o conhece na situação de doença. Representa a comunidade hospitalar na intervenção espiritual, exercício do "sacerdócio de todos os santos".</p>	<p>O hospital não lhe é familiar. Pode sentir-se intimidado pelo ambiente, equipamentos e perturbado com a doença, em especial se desfigurou o paciente ou provocou a perda de um membro. Representa Deus e a Igreja, sua intervenção espiritual traz consigo "status" do oficial. Pode ministrar Santa Ceia/Comunhão.</p>

que isso ocorra de forma planejada e integrada e a assistência ao paciente desenvolva-se no seu todo, três aspectos importantes devem ser considerados. Primeiro, é necessário que o "reconhecimento de um ser superior" seja considerado no processo de enfermagem. Segundo, é necessário que o enfermeiro saiba examinar criteriosamente e compreenda que o "reconhecimento de um ser superior" envolve diferentes componentes: "buscando significado", "tendo apoio ou retaguarda espiritual", "Confiando" e "afiliação religiosa". Terceiro, é necessário que o enfermeiro esteja consciente de que esse é um aspecto dinâmico no tempo e inseparavelmente integrado à situação vivida.

Dentro dessa perspectiva, considerando a situação vivida pelo paciente cirúrgico submetido à cirurgias necessárias de médio e pequeno porte, alguns comentários e sugestões quanto a utilização do processo de enfermagem são indicados. Esses têm por base o trabalho de FISH e SHELLY (1978:52-64), reflexões pessoais e os resultados do presente estudo:

1º) O levantamento dos dados quanto à espiritualidade do paciente deve se dar de forma dinâmica, contínua, recorrente, inter-relacionada e inter-dependente com as demais etapas do processo de enfermagem, atentando especialmente para os aspectos que naquele momento do processo espaço-temporal tendem a se evidenciar;

2º) Verificar como o paciente está vivendo o processo do "tendo que operar-se" no seu todo, já que os reflexos de suas espiritualidade podem ser ali percebidos. Prestar especial atenção para a forma como ele está viven

do o "Buscando Solução", o "Tendo Perturbações Físicas", o "Esperando", o "Perdendo Controle" e o "Sofrendo Emocionalmente";

3º) Atentar para os meios utilizados pelo paciente e disponíveis para amenizar o processo do "tendo que operar-se" especialmente no que se refere ao "Tendo Ajuda", "Confiando" e "Buscando Explicação";

4º) Aprofundar o levantamento dos dados no que se refere aos quatro componentes do "reconhecimento de um ser superior" (quadro nº 41);

5º) O planejamento da assistência espiritual deve incluir metas que direcionem a conduta da equipe de enfermagem nas oportunidades de contato, já que dificilmente algum elemento da equipe de enfermagem terá o tempo necessário para sentar-se por mais tempo ao lado do paciente. O planejamento facilita a atuação em algum momento de crise e garante a continuidade da assistência;

6º) O planejamento deve ser flexível, para não limitar o paciente e o enfermeiro. Essa flexibilidade evitará o risco do enfermeiro tornar-se insensível às necessidades reais e constantemente dinâmicas que o paciente possa vir a apresentar;

7º) Na implementação é importante lembrar que cada paciente é único e por isso ações estereotipadas devem ser evitadas, através de um relacionamento terapêutico, em que, de acordo com a situação pessoal de cada paciente, podem ser utilizadas a oração, a Bíblia e o encaminhamento ao ministro religioso;

8º) Na avaliação do processo de enfermagem devem

Quadro nº 41: Aspectos a considerar no levantamento de dados, relacionados à espiritualidade do paciente cirúrgico.

**ESPIRITUALIDADE: "Reconhecimento de um Ser Superior"**

1. **Afiação Religiosa:** denominação religiosa, história religiosa, hábitos e práticas consideradas importantes, evidência de alguma prática religiosa, relacionamentos eclesiásticos considerados importantes, significado da religião, significado e importância de Deus, Jesus, Maria e dos Santos.
2. **Buscando Significado:** participação que a religião, Deus ou outro ser considerado superior tem no significado da doença, cirurgia, sofrimento, objetivo da vida, desenvolvimento de suas atividades e comportamento; influência principal de Deus na vida.
3. **"Apoio ou Retaguarda Espiritual":** relacionamento que mantém com Deus, cuidado e proteção sentidos, o que o faz sentir cuidado por Deus, apoio espiritual dado por outros, visita do padre/pastor/leigos.
4. **"Confiando":** lembrança de Deus, características da crença em Deus ou em outro ser considerado superior, apego a Deus, Jesus, Maria, Santos, maneira e a quem se entrega quando em dificuldade.
5. **Síntese:**
  - significado da prática religiosa;
  - conceito de Deus e/ou de outro ser considerado superior;
  - influência e características gerais da participação de Deus ou de outro ser considerado superior na explicação dada para a situação vivida, na ajuda recebida e na confiança sentida.

ser consideradas as mudanças ocorridas no comportamento do paciente. Isso deve acontecer de forma dinâmica e contínua, para que o processo de enfermagem possa ser sempre atual, de acordo com a evolução apresentada pelo paciente;

99) É necessário que o enfermeiro avalie e tenha

sempre presente as características de sua própria espiri  
tualidade, para evitar distorções na avaliação e no plane  
jamento da assistência a ser prestada ao paciente.

#### IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados não leva o pesquisador à resultados ou conclusões finais, fechadas ou definitivas. A teoria emergente é algo em contínuo amadurecimento. Não há como um ponto final para ela, já que sua análise sempre pode ser ampliada e aprofundada.

É nessa perspectiva que serão apresentadas as conclusões, limitações e implicações do presente estudo, como também recomendações para futuras investigações.

##### 4.1 - Conclusões:

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma teoria em contínuo desenvolvimento, por isso as conclusões são parciais e abertas, refletindo a análise feita até um determinado momento. Dessa forma, no presente estudo, pode-se dizer que a conclusão é a própria teoria substantiva "Tendo que Operar-se", sintetizada em três pontos:

1º) Os pacientes que se submetem a cirurgia necessária, de médio ou pequeno porte, em instituições como aon



de foi realizado o estudo, vivem uma experiência difícil, desagradável e indesejada, expressa no processo "Tendo que Operar-se", composto de três sub-processos: "tendo perturbações físicas", "buscando soluções" e "sentindo";

2º) O processo "Tendo que Operar-se" pode ser amenizado, quando o paciente vive situações de "Tendo Ajuda", "Confiando" e "Buscando Explicação";

3º) Na experiência dos pacientes caracterizados a expiritualidade se manifesta no "reconhecimento de um ser superior", que é algo integrado às categorias "Tendo Ajuda", "Confiando" e "Buscando Explicação", envolvendo diferentes aspectos: "tendo apoio ou retaguarda espiritual", "Confiando", "buscando significado" e "afiliação religiosa".

#### 4.2 - Limitações:

As limitações do presente estudo envolvem cinco pontos principais:

1º) A inexperiência do pesquisador em pesquisa qualitativa, somada ao fato de a utilização da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados ter sido uma experiência nova no contexto da enfermagem brasileira;

2º) O tempo limitado para realização da coleta e análise inicial dos dados já que elas tiveram que ser desenvolvidas concomitantemente às funções de docente numa faculdade de enfermagem. A isto somou-se o limite de tempo estabelecido pelo curso de mestrado para a conclusão da dissertação;

3º) Ter sido o estudo desenvolvido em apenas uma instituição e com três diferentes grupos de pacientes;

4º) Ter iniciado o estudo já com uma idéia do que é a espiritualidade, que mais tarde teve que ser abandonada para que se pudesse atentar ao que verdadeiramente os dados diziam. Não pôde, no entanto, ser abandonada minha própria filosofia de vida e crença em Deus, mesmo tendo sido tomados os cuidados necessários para assegurar o rigor do estudo;

5º) Não ter sido aprofundada a análise nas questões e implicações sociais e políticas dos resultados.

#### 4.3 - Implicações:

A teoria substantiva, que é fundamentada nos dados surge a partir de uma situação ou experiência vivida. No caso específico desse estudo, a teoria substantiva desenvolvida, "Tendo que Operar-se", está firmada e comprometida com a experiência vivida pelo paciente cirúrgico, que se submete a cirurgia necessária de pequeno ou médio porte, em instituições como aonde foi realizado o estudo. Por isso pode-se dizer que a teoria "Tendo que Operar-se" traz significativas implicações para a prática e o ensino da enfermagem. Ao mesmo tempo, somando a esse fato a situação vivida pela enfermagem brasileira, pode-se dizer que o presente estudo também traz implicações no que se refere ao desenvolvimento de teorias e de pesquisas no âmbito da enfermagem nacional.

1º) Implicações para a Prática da Enfermagem: a teoria "Tendo que Operar-se" é um fundamento teórico significativo para a prática da enfermagem, em situações como aonde foi realizado o estudo, pois:

- identifica o processo espaço-temporal que é vivido de forma dinâmica pelo paciente cirúrgico, possibilitando dessa forma um melhor acompanhamento da evolução do paciente e um planejamento mais adequado da assistência a ser-lhe prestada nos diferentes estágios do referido processo;
- identifica, na forma de categorias, sub-processos e processo, as vivências centrais do paciente cirúrgico, que assim podem servir de guia para o contínuo levantamento de dados, e a avaliação do paciente e de sua evolução;
- identifica os problemas significativos e a maneira de o paciente lidar com eles, auxiliando desta forma a equipe de enfermagem a atuar como facilitador nesta situação;
- identifica a maneira de o paciente viver sua espiritualidade e verifica a participação dessa espiritualidade em sua experiência, norteando dessa forma a assistência espiritual ao paciente cirúrgico;
- permite uma reflexão sobre a prática da enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico.

2º) Implicações para o Ensino da Enfermagem: a teoria "Tendo que Operar-se" pode ser também um significativo fundamento para o ensino da enfermagem, já que:

- ordena, na forma de categorias, sub-processos e processos, os vários aspectos da experiência do paciente cirúrgico, conforme a perspectiva do próprio paciente. Nesse sentido, ela aprimora e amplia o elenco de conhecimentos

tos que norteia o ensino na área da enfermagem cirúrgica;

- o processo "Tendo que Operar-se" e o processo espaço-temporal que integram a experiência do paciente cirúrgico identificam alguns elementos a ser considerados no planejamento da assistência e na utilização do processo de enfermagem. É o caso de eventos, problemas e vivências que caracterizam os diferentes estágios do processo espaço-temporal e sua evolução no tempo. Esses levam a refletir sobre a necessidade de o levantamento dos dados do paciente e a avaliação de sua evolução ser feito de forma dinâmica e constante, indo ao encontro da situação vivida em cada momento do processo espaço-temporal;
- aprofunda o conhecimento da espiritualidade do paciente cirúrgico, favorecendo e fundamentando o ensino da assistência integral ao paciente.

39) Implicações para a Pesquisa na Enfermagem: as implicações que a teoria "Tendo que Operar-se" traz para a pesquisa na enfermagem podem ser sintetizadas no fato de ela:

- poder ser um referencial teórico para futuras pesquisas dedutivas, que levarão a uma consistência crescente do corpo de conhecimentos envolvido;
- possibilitar a vivência e a introdução da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados, como mais um opção metodológica para pesquisa realizada no âmbito da enfermagem brasileira.

40) Implicações para Teoria na Enfermagem: o desenvolvimento da teoria "Tendo que Operar-se" também traz

contribuições para a teoria na enfermagem, pois:

- apesar da enfermagem já possuir marcos teóricos que norteiam a sua prática, "Tendo que Operar-se" é uma teoria substantiva, mais próxima da experiência concreta e do cotidiano do paciente cirúrgico, possibilitando e facilitando sua utilização na prática da enfermagem cirúrgica;
- foi uma experiência prática do desenvolvimento de teoria substantiva, favorecendo a desmistificação da teoria na enfermagem brasileira.

#### 4.4 - Recomendações:

Ainda dentro da perspectiva de que a Teoria Fundamentada nos Dados nunca está pronta, finalizada ou concluída, é que são feitas as recomendações abaixo, tendo em vista futuras investigações científicas:

1º) Estudar a experiência vivida por outros grupos de pacientes que se submetem à cirurgias necessárias. Pacientes de outros locais, que se submetem a cirurgias de grande porte, operados em hospitais cuja equipe de enfermagem tenha outro tipo de atuação da que assistia ao paciente do presente estudo. Dessa forma, de acordo com os princípios da amostragem teórica, a teoria substantiva em desenvolvimento poderá ser aprimorada e ampliada;

2º) Estudar a experiência vivida por pacientes que se submetem a cirurgias opcionais, como também à cirurgias de urgência e de emergência, para verificar qual dentre as categorias identificadas é a central na experiência desses pacientes; buscando uma maior abstração da teoria até aqui

desenvolvida;

3º) Aprofundar o estudo das três categorias que amenizam o processo "Tendo que Operar-se", "Tendo Ajuda", "Confiando" e "Buscando Explicação"; especialmente no que se refere as relações existentes entre eles, para verificar com maior precisão a forma como estão vinculados entre si;

4º) Testar as relações identificadas, existentes entre as categorias que integra, a teoria "Tendo que Operar-se" através de estudos correlacionais, semi-experimentais e experimentais;

5º) Dar continuidade ao estudo da espiritualidade, em outros grupos de pacientes, hospitalizados devido a diferentes razões e com diferentes concepções religiosas e filosofia de vida, para prosseguir na identificação de seus componentes, características e relações;

6º) Realizar estudo para integrar à teoria em desenvolvimento as questões referentes ao espaço da enfermagem na assistência ao paciente cirúrgico.

## V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVARES, L.H. A orientação do paciente como função da enfermeira. Uma aplicação em assistência de enfermagem cirúrgica. Rio de Janeiro, UFRJ, 1975. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- ALVES, R. O que é religião? 2a. ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.
- ARAÚJO, C.P. de. Estudo sobre a necessidade religiosa de pacientes em fase pré-cirúrgica. São Paulo, USP, 1976. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- BARBOSA, H.; GINANI, F.F. & SOUZA, J.A.G. Controle clínico no pré e no pós operatório imediato e durante a cirurgia. In: BARBOSA, H. Controle clínico do paciente cirúrgico. 5a. ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1986. p. 77-97.
- BIOLA COLLEGE DEPARTMENT OF BACCALAUREATE NURSING.  
Spiritual aspects of cancer care. Fall, 1979.
- BIRD, B. Conversando com o doente. São Paulo, Livraria Manole, 1975.

- BLECKE, J. Development of a tool for determining appropriate nursing actions in meeting spiritual needs of patients in selected situations. Washington, University of Washington, 1963. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Prática de enfermagem. 2a. ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
- CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1980.
- CARKHUFF, R.R. Relacionamento de ajuda. Belo Horizonte, CEDEPE Editora, 1979.
- CARLSON, C. & BLACKWELL, B. Behavioral concepts & nursing intervention. 2a. ed., Philadelphia, Lippincott Company, 1979.
- CARVALHO, V. A relação de ajuda e a totalidade da política da enfermagem. In: Anais XXXII Congr. Bras. Enf., Brasília, 1980. p. 65-72.
- CHADWICK, R. Consciência e preparo dos enfermeiros para atender as necessidades espirituais. In: FISH, S. & SHELLY, J.A. Spiritual care: the nurse's role. Downers Grove, Intervarsity Press, 1978. p. 167-168.
- CHENITZ, W.C. & SWANSON, J.M. From practice to grounded theory. Qualitative research in nursing. Califórnia, Addison-Wesley Publishing Company, 1986.
- CHEZZI, M.I.L. Medo da doença. Rev. Gaúcha de Enf., Porto Alegre, 4(1):27-33, jan/1983.
- CONTINAUD, O. Psicologia para enfermeiras. Porto, Livraria Civilização, 1969.
- DANIEL, L.F. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo, EPU, 1983.



- DEL VALLE, A.B.F. Filosofia do homem. São Paulo, Ed. Convívio, 1975.
- FARIAS, J.N. de. Eventos estressantes da hospitalização. Florianópolis, UFSC, 1981. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- FAWCETT, J. & DOWNS, F.S. The relationship of theory and research. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1986.
- FESTINGER, L. Teoria da dissonância cognitiva. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.
- FISH, S. & SHELLY, J. Spiritual care: the nurse's role. Downers Graves, Intervarsity, 1978.
- FITZPATRICK, J. & WHALL, A. Conceptual models of nursing: analysis and application. Bowie, M.D. Robert J. Brady Company, 1983.
- GELAIN, I. Deontologia e enfermagem. São Paulo, EPU, 1983.
- GLASER, G.B. & STRAUSS, A.L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York, Aldine Publishing, 1967.
- GONÇALVES, M.M.C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 5(1):31-6, jan/fev. 1976.
- GONÇALVES, M.M.C. Estudo de respostas emocionais apresentadas pelo paciente por ocasião da internação hospitalar. São Paulo, USP, 1977. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

- HESSE, J.S. Spiritual needs survey. In: FISH, S. & SHELLY, J.A., Spiritual care: the nurse's role. Downers Grove, Intervarsity Press, 1978. p. 147-149.
- HOJAIJ, C.J. A contestação do paciente. Rev. Paul. Hosp. 27, São Paulo, (11):354-355, 1979.
- HORIUCHI, L.N.O. Problemas biopsicoespirituais mais sentidos pelos pacientes submetidos a procedimentos diagnósticos - subsídios para as ações de enfermagem. Rio de Janeiro, UFRJ, 1982. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
- JOUCLAS, V.M.G. Elaboração e avaliação de um instrumento de comunicação que favoreça a assistência de enfermagem no trans-operatório. São Paulo, USP, 1977. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- KAMIYAMA, Y. O doente hospitalização e sua percepção quanto a prioridade de seus problemas. São Paulo, USP, 1972. Tese de Doutorado em Enfermagem.
- KAMIYAMA, Y. & MAKAZAWA, C.K. Problemas sentidos por pacientes de um hospital particular de São Paulo. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 1(6):354-359, 1975.
- KEALEY, C. The patients' perspective on spiritual needs. Columbia, University of Missouri-Columbia, 1974. Tese de Mestrado em Enfermagem.
- KING, I. A theory of nursing - systems, concepts, process. New York, Wiley Medical Publication, 1981.
- KOLAKWOSKI, L. A presença do mito. Brasília, Ed. Universal de Brasília, 1981.

- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- LOFLAND, John. Analyzing social settings; a guide to qualitative observation and analysis. Belmont, Wadsworth Publishing Company Inc., 1971.
- LOTTERMANN, C. Enfermagem e segurança emocional. Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, 3(2):127-132, jun., 1982.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.
- MARTIN, C.; BURROWS, C. & POMILIO, J. Spiritual needs of patients study. In: FIHS, S. & SHELLY, J.A. Spiritual care: the nurse's role. Downers Groves, Intervarsity Press, 1978. p. 150-166.
- MENEZES, A.R. A problemática da enfermagem dos pacientes no período trans-operatório - um estudo dos problemas sentidos e observados. São Paulo, USP, 1978. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- MIDDLETON, T. Helping. In: HAMES, C.C. e JOSEPH, D.H. Basic concepts of helping - a holistic approach. Norwalk, Appleton - Century Crofts, 1986. p. 75-101.
- MORAES, E. Manifestações de tensão e comportamento da adaptação de crianças hospitalizadas. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 5:44-57, Mar. 1971.
- NOGUEIRA, M.J.C. Assistência de enfermagem à família. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 3(6):327-346, nov/dez. 1977.
- OLIVIERI, D. O "ser doente". São Paulo, Editora Moraes, 1985.

- OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. New York, Mc Graw-Hill, 1980.
- ORO, M.I. Doente grave e família. Percepção de seus problemas. Florianópolis, UFSC, 1979. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- PAGLIUCA, L.M.F. Problemas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca na unidade de terapia intensiva. São Paulo, USP, 1980. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- 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, no dia da cirurgia e no pós-operatório. São Paulo, USP, 1977. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- PATTERSON, E. Making sure: integrating menstrual care practices into activities of daily living. Alabama, The University of Alabama at Birmingham, 1984.
- PEARSALL, M. Participant observation as role and method in behavioral research. Nursing Research, 14(1):37-42, winter, 1965.
- RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro-cirúrgico - um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período trans-operatório. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 18(2):163-176, 1984.
- ROGERS, M.E. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1981.
- ROY, S.C.; ROBERTS, S.L. Theory construction in nursing. Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., 1981.

- ROZA, I.B. Validade da orientação planejada de enfermagem ao paciente adulto submetido à cirurgia supramesocólica. Rio de Janeiro, UFRJ, 1980. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research. Advances Nursing Science, 8(3):27-37, 1986.
- SIEBERT, D.S. Estudo do conceito espiritualidade. Florianópolis, Trabalho para Curso de Mestrado em Enfermagem, 1984. Mimeografado.
- SILVA, M.A.A. da & CEZARETI, I.V.R. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrado nas necessidades básicas. Parte I. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 2 (2):35-41, nov/dez. 1982.
- SILVA, T.C. Enfermagem e atenção psicoespiritual à pessoa humana. Rio de Janeiro, UFRJ, 1979. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- SILVEIRA, G.C.X. da. Importância das informações ao paciente recém-hospitalizado. São Paulo, USP, 1976. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- SLAUGHTER, T.A. Identifying the spiritual needs of the oncology patient. Arizona, University of Arizona, 1979. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- SMITH, D.W.; GERMAIN, C.P.H. & GIPS, C. Enfermeria médico-quirúrgica. 3a. ed., México, Nueva Editorial, Interamericana, 1973.
- SOUZA, P.R. Abordagem psiquiátrica do paciente cirúrgico. Arquivo Catar. Médico, Florianópolis, 11(1):49-51, mar. 1982.

- STALLWOOD, J. Dimensões espirituais da prática de enfermagem. In: BELAND, I. & PASSOS, J. Enfermagem clínica. Vol. 3, São Paulo, EPU - EDUSP, 1979.
- STEDFORD, A. Encarando a morte. Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- STEFANELLI, M.C. et alii. Aceitação, empatia e envolvimento no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 16(3):245-253, dez. 1982.
- STEFANELLI, M.C.; ARANTES, E.C. & FUKUDA, I.M.K. Apoio emocional terapêutico no relacionamento enfermeiro-paciente. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 15(1):43-48, 1981.
- \* STERN, P.N. Grounded theory methodology: its uses and processes. Image, 12(1):20-23, fev. 1980.
- <sup>M</sup>SWASOM, J.M. & CHENITZ, J.M. Why qualitative research in nursing. Nursing Outlook, p. 241-245, abr. 1982.
- TAKITO, C. Como o paciente hospitalizado percebe o ambiente de sua unidade. Rev. Bras. Enf. 37(2):125-135, abr/mai/jun. 1984.
- TAKITO, C.. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 19(3):263-280, dez. 1985.
- TEIXEIRA, M.B.; FORCELLA, H.T. & ROLIM, M.A. Desenvolvimento do sentimento de confiança no relacionamento enfermeiro-paciente. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5(1):12-14, jan/mar. 1985.
- TESCK, E.C.B. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado; a participação de familiares. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(6):351-353, jan/fev. 1985.

- TRENTINI, M. Problemas bio-psico-sociais dos pacientes com insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico prolongado em Florianópolis. Florianópolis, UFSC, 1980. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- URATANI, M. Avaliação do efeito da orientação de enfermagem, sobre o estresse do paciente, submetido a exames radiológicos. São Paulo, USP, 1982. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- VIEIRA, M.J. Causas e consequências da suspensão de cirurgias - estudo exploratório em uma cidade do nordeste do país. Rio de Janeiro, UFRJ, 1982. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- YANOSH, M.L. Patients' perception of spiritual needs and of concomitant nurse action. Ohio, Ohio State University, 1966. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- YOKOTA, O. A problemática cancelamento de cirurgia conforme percebida e expressada pelos paciente - um estudo exploratório em um hospital-escola do norte do Paraná. Ribeirão Preto, USP, 1983. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

## VI - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ACHCAR, M.C.H. Humanização do hospital. Rev. Enf. Atual, 1(5):16-20, 1979.
- ALMEIDA, C.A.D. Como tratar um doente - assistência espiritual. São Paulo, Edições Paulinas, 1983.
- ARAÚJO, C.P.; CARDOSO, D.R. & MARCHESOTTI, E. Análise do guia de observação utilizado como instrumento para a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 9(1):65-108, 1975.
- ARAÚJO, C.P. A problemática da assistência religiosa em enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 9(1):27-34, 1975.
- ARNOLD, W.; EYSENCK, H.J. & MEILI, R. Dicionário da psicologia. Madrid, Ed. Rio-duero, 1979.
- AZAMBUJA, V. Espiritualidade e doença. Folha Médica, 88(4):151-154, abr. 1984.
- BARRETO, E.H.R. Últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. Rev. Bras. Enf., 26(3):185-187, abr/jun. 1973.



- BASTOS, N.C. de B. Repercussão do progresso científico e tecnológico para a medicina e para a profissão médica. Rev. Paul. Hosp., 22(1):26-31, jan. 1974.
- BIANCHI, E.R.F. A comunicação da suspensão da cirurgia. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 4(1):152-155, out/dez, 1984.
- BIANCHE, E.R.T. & CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória da enfermeira na unidade de centro cirúrgico: resenha de literatura. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 3(5):161-165, 1983.
- BOCHENSKI, J.M. Diretrizes do pensamento filosófico. 6a. ed., São Paulo, EPU, 1977.
- BOEMER, M.R. Empatia proposta de abordagem fenomenológica. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 18(1):23-29, abr. 1984.
- BOEMER, M.R. A morte e o morrer. São Paulo, Cortez Editora, 1986.
- BRANDÃO, C.R. Pesquisa participante. 3a. ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983.
- BRINK, P.J. & WOOD, M.J. Basic steps in planning nursing research from question to proposal. Califórnia, Wadsworth Publishing Co. Inc., 1978.
- BYERLY, E.L. The nurse-researcher as participant-observer in a nursing setting. Nursing Research, 18(3): 230-236, 1969.
- CARTER, M.A. The philosophical dimensions of qualitative nursing science research. In: LENINGER, M. Qualitative research methods in nursing. Orlando, Grune e Stratton Inc, 1985. p. 27-32.

- CARVALHO, E.C. A interação da enfermagem e a dor manifestada pelos pacientes. Enf. Atual, 3(13):29-31, set/out. 1980.
- CARVALHO, D.V. Territorialidade do paciente hospitalizado: nota prévia. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 17(1):81-82, abr. 1983.
- CASTELLANOS, E.P. Filosofia de enfermagem baseada em valores pessoais. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 3(2):93-96, mar/abr. 1977.
- CASTELLANOS, E.P. Necessidade básica humana: liberdade. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 4(5):245-253, set/out. 1978.
- CASTELLANOS, B.E.P. Pessoal do centro cirúrgico. Rev. Paul. Hosp., São Paulo, 24(6):247-9, jan. 1976.
- CORRIJO, G.D. Eu, paciente. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(6):309-310, 1975.
- DANIEL, L.F. Assistência espiritual na enfermagem. In: Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo, EPU, 1983. p. 156-176.
- DEMO, P. Teoria - porque? In: Anais I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Florianópolis, 1985. p. 52-68.
- DUFFY, M.E. Designing nursing research: the qualitative-quantitative debate. Journal of Advances Nursing, 10:225-232, 1985.
- FERNANDES, J.D. Assistência aos pacientes médico-cirúrgicos com intercorrências psiquiátricas. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 4(2):101-12, mar/abr. 1978.

- FERNANDES, M.F.P.; FUJIMORI, M. & KOIZUMI, M.S. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. Rev. Bras. Enf., São Paulo, 37(2) : 102, 108, abr/mai/jun. 1984.
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. Nursing research: the application of qualitative approaches. Rockville, Aspen Publication, 1985.
- GERMAIN, C.P. From practice to grounded theory - qualitative research in nursing. Book Review. Image, Indianapolis, 18(4):185-7, 1986.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. Awareness contexts and social interaction. American Sociological Review. p. 669-679.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. Discovery of substantive theory: a basic strategy underlying qualitative research. The American Behavioral Science, p. 5-11, 1965.
- GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. The social loss of dying patients. American Journal of Nursing, 64(6):119-121, jun/1969.
- GOODWIN, L.D. & GOODWIN, W.L. Qualitative X quantitative research or qualitative and quantitative research. Nursing Research, 33(6):378-380, 1984.
- GRACE, H.K. Simpósio sobre intervenção nas crises. The Nursing of North América, 9(1):1-3, mar. 1974. (tradução).
- GRANSTROM, S.L. Spiritual nursing care for oncology patients. Topics in Clinical Nursing. p. 39-45, apr.

- HALSTCCIL, L. O uso de intervenções de crises em enfermagem obstétrica. The Nursing Clinics of North América, 9(1):69-76, mar. 1974. (tradução)
- HORTA, W.A. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 1(5):266-8, 1975.
- HUTCHINSON, S.A. Perspective: field research in a neonatal intensive care unit. Topics in Clinical Nursing, Maryland, 7(2):24-8, 1985.
- KAPLAN, S. Grupos de pacientes: noções de responsabilidade e auto-cuidado - apresentação. Enf. Moderna, 3(4):4-7, out/dez, 1985.
- KLOPF, J.K. Uma crise na qual ninguém interviu. The Nursing Clinics of North América, 9(1):77-80, mar. 1974. (traduzido)
- LEITE, J.L. Alterações de comportamento no pós-operatório de cirurgia cardíaca - assistência de enfermagem. Rio de Janeiro, UNI-RIO, 1975. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
- LEININGER, M.M. Nature, rationale, ad importance of qualitative research methods in nursing. In: Qualitative research methods in nursing. Orlando, Grune & Stratton Inc., 1985. p. 1-25.
- LEININGER, M.M. Qualitative research methods in nursing. Orlando, Grune & Stratton, 1985.
- LOFLAND, J. & LOFLAND, L. Analyzing social settings - A guide to qualitatove observation and analysis. 2a. ed., Califórnia, Wads-worth Publishing Company, 1984.

- MADEIRA, M.L. Pesquisa participante - uma alternativa na enfermagem. Rev. Bras. Enf., 37(3 e 4):188-194, jul/dez. 1984.
- MANN, P.H. Métodos de investigação sociológica. 3a. ed., Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1975.
- MARK, L.C. & SECAF, V. Enfermeiro: segurança para o paciente, investimento do hospital. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5(2):65-7, abr/jun. 1985.
- MASLOW, A.H. Motivacion y personalidad. Sagitário, S.A. de Ediciones y Distribuciones.
- Mc HUGH, M.K. Psychosocial aspects of cancer: a review. Topics in Clinical Nursing. p. 1-9, apr. 1985.
- MELEIS, A.I. Strategies for theory development in nursing. Anais do I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, Florianópolis, 1985, p. 133-164.
- MELEIS, A.I. Theory testing in nursing conceptual and empirical processes. Anais do I Simpósio Bras. de Teorias de Enfermagem, Florianópolis, 1985, p. 317-340.
- MELIA, K.M. Tell it as it is' - qualitative methodology and nursing research: understanding the student nurse's world. Journal of Advanced Nursing, 7:327-335, 1982.
- MENDES, I.A.C.; ANGERAMI, E.L.S.; PEDRAZZAMI, J.C. Análise crítica do processo decisório de enfermagem. Rev. Bras. Enf., São Paulo, 30(4):404-11, out/dez. 1977.
- MOIDEL, H.C.; GIBLIM, E.C. & WAGNER, B.M. Nursing care of the patient with medical-surgical disorders. 2a. ed., New York, Mc. Graw-Hill Book Company, 1976. p- 422-456.

- NELSON, B.E. Preparation for ministry within the context of nursing: clinical pastoral education. Newton, 1983. Tese de Doutorado em Ministério.
- NEWMAN, M.A. Theory development in nursing. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1979.
- NOGUEIRA, O. Pesquisa social. São Paulo, Editora Nacional, 1975.
- PAIM, L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes. Rev. Bras. Enf., 32(2):160-6, abr/jun. 1979.
- PHILLIS, B.S. Pesquisa social. Estratégia e táticas. Rio de Janeiro, Livraria Agir Editora, 1974.
- RELACIONAMENTO enfermeira paciente. LAES-HAES, 1(4):36-40, abr/mai. 1980.
- RELACIONAMENTO enfermeira paciente. LAES-HAES, 3(1):79-80, out/nov. 1981.
- REYNOLDS, P.D. A primer in theory construction. Indianapolis, Bobbs-Merrill Educational Publishing, 1982.
- RIEHL, J.P. e ROY, S.C. Conceptual models for nursing practice. New York, Prentice-Hall, 1974.
- ROCKENBACH, L.H. Enfermagem e a humanização do paciente. Rev. Bras. Enf., 38(1):49-54, jan/mar. 1985.
- ROSE, A.M. A systematic summary of symbolic interaction theory. In: RIEHL, J. & ROY, C. Conceptual Models for Nursing Practice. Norwalk, Appleton-Century-Crofts, 1980, p. 39-50.
- SÁ, M.P.C. Papel do enfermeiro na manutenção do meio interno humano: modelo conceitual. Enf. Atual, 4(22):20-22, mar/abr. 1982.

- SALZAMO, S.D.T. Cuidados de enfermagem ao paciente anes-  
tasiado. Rev. Esc. Enf. USP., São Paulo, 2(1):81-92,  
mar, 1968.
- SANTOS, E.M.L. dos. Aspectos do relacionamento psico-  
físico-espiritual e social do enfermeiro junto ao pa-  
ciente grave. Enfoque, 8(2):15-17, nov. 1979.
- SCHATZMAN, L. & STRAUSS, A.L. Field research: strategies  
for a natural sociology. Englewood Cliffs, Prentice-  
Hall, 1973.
- SHAFER, K.N. et alii. Medical-surgical nursing. 6a. ed.,  
Saint Louis, Mosby Company, 1975.
- SILLS, D.L. Enciclopédia internacional de las ciencias  
sociales. Vol. 7. 1a. ed., Madrid, Aguilar Ediciones,  
1975.
- SIMMS, L.M. The grounded theory approach in nursing  
research. Nursing Research, New York, 30(6):356-9, 1981.
- SOUZA, M.F. de. Efeito da interação enfermeira-paciente  
como método de atendimento à necessidade de segurança  
do paciente cirúrgico. Porto Alegre, UFRG, 1976. Tese  
de livre docência em enfermagem.
- STERN, P.M. Using grounded theory method in nursing  
research. In: LEININGER, M. Qualitative research  
methods in nursing, Orlando, Grune e Stratton, 1984.  
p. 149-160.
- TAKITO, C. & VALENTE, S.M.T.B. Ambiente do paciente hos-  
pitalizado. Rev. Paul. Enf., 3(4):133-136, jul/set.  
1983.

TINKLE, M.B. & BEATON, J.L. Toward a new view of science: implications for nursing research. Advances in Nursing Science, 5(2):27-36, 1983.

VELLOSO, M.A. A influência da assistência de enfermagem no ajustamento de crianças admitidas no dia ou na véspera da operação. Rev. Esc. Enf. da USP., São Paulo, 7(1):14-40, mar. 1973.

WARREN, H.C. Diccionario de psicologia. 14a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

WILSON, H.S. Limiting intrusion social control of outsiders in a healing community. An illustration of qualitative comparative analysis. Nursing Research 26(2):103-111, mar/abr. 1977.



## **ANEXOS**

## PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS - 1ª. ETAPA

FONTE DE INFORMAÇÃO	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	TIPO DE INFORMAÇÕES A SEREM COLETADAS
I - INSTITUIÇÃO 1.1 - Estrutura 1.1.1 - Filosofia, normas e rotinas hospitalares.	Consulta de documentos Entrevista Semi-estruturada com a administração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filosofia do hospital quanto ao tipo de assistência a ser prestada e formas de encarar a espiritualidade do cliente.</li> <li>- Normas e rotinas estabelecidas, quanto à assistência à espiritualidade (horário, direitos do cliente, pessoal, etc).</li> </ul>
1.1.2 - Planta física	Observação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capela</li> <li>- Unidade do oliente, unidade de enfermagem e entrada do hospital, de coração que evidencia ou não a espiritualidade.</li> <li>- Material referente à espiritualidade encontrado no quarto, unidade, capela, biblioteca ou em outro local que é oferecido ao cliente.</li> </ul>
1.2 - Funcionamento 1.2.1 - Administrador 1.2.2 - Equipe de saúde: enfermeiros, auxiliares de enfermagem; alunos e docentes do curso de graduação em enfermagem.	Observação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos utilizados na assistência à espiritualidade.</li> <li>- Comportamento (atos, atividades, participação, relacionamento e ambiente) assumido pelo profissional quanto a assistência às necessidades espirituais.</li> </ul>
1.2.3 - Ministros Religiosos 1.2.4 - Leigos que prestam assistência religiosa	Entrevista semi-estruturada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significado que tem para o profissional o comportamento por ele assumido quanto à assistência à espiritualidade.</li> <li>- Significado do conceito de espiritualidade.</li> <li>- Responsabilidade profissional quanto à assistência a espiritualidade do doente.</li> <li>- Importância e participação na vida do doente como um todo do aspecto espiritual.</li> <li>- Manifestações, recursos e problemas referentes à espiritualidade.</li> </ul> Observação: Na entrevista a ser realizada com o administrador também serão coletados dados referentes a filosofia e normas, rotinas hospitalares, planta física e organograma.
	Participação como supervisora de alunos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os mesmos dados coletados na observação e entrevista para completar e checar as informações.</li> </ul>

<p>II - DOENTE HOSPITALIZADO  2.1 - O Próprio Doente Hospitalizado</p>	<p>Observação e participação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atos individuais que manifestam a espiritualidade durante o período de hospitalização: fazer o sinal da cruz, segurar o terço, ter o seu próprio ou Bíblia, usar apenas determinado estilo de roupa, compartilhar sua fé, fazer leituras, meditações ou outras manifestações de espiritualidade.</li> <li>- Atividades coletivas que manifestam a espiritualidade: assistir a missas ou a cultos, etc.</li> <li>- Participação de atividades relativas à espiritualidade, comprometendo-se com determinados papéis ou funções.</li> <li>- relacionamento com os demais doentes, pessoal de enfermagem, ministros religiosos e demais elementos da equipe de saúde, com ênfase para a espiritualidade.</li> <li>- Ambiente: características do local ou meio social onde ocorre o comportamento ou fenômeno observado.</li> </ul>
	<p>Entrevistas semi-estruturadas não estruturadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significado da espiritualidade e dos atos e atividades desenvolvidos, como também o comportamento observado.</li> <li>- Significado dado a doença, vida, sofrimento e morte.</li> <li>- Amor e relacionamento: fonte e características.</li> <li>- Culpa e perdão: causas, fontes e características.</li> </ul>
	<p>História de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atos, atividades, significado, participação, relacionamento e ambiente referente a espiritualidade ocorrido através de sua vida, desde a infância e adolescência até o momento.</li> </ul>
<p>2.2 - Prontuário do Paciente</p>	<p>Consulta a documentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros referentes a manifestação e recursos utilizados na assistência à espiritualidade do doente.</li> <li>- Idade, sexo, patologia/cirurgia, religião, escolaridade, local de residência e fase de evolução da doença.</li> </ul>
<p>III - FAMÍLIA DO DOENTE HOSPITALIZADO</p>	<p>Observação  Entrevistas informais e semi-estruturadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento familiar assumido por ocasião das visitas.</li> <li>- Significado dado aos comportamentos assumidos nas visitas.</li> <li>- História da espiritualidade familiar: aspectos enfatizados, educação recebida, comportamento do doente no passado.</li> </ul>

## PROCEDIMENTO DE COLETA DA DADOS - 2a. ETAPA

FONTE DE INFORMAÇÃO	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	ROTEIRO BÁSICO E INICIAL DAS INFORMAÇÕES A SEREM COLETADAS QUANTO AOS DIFERENTES ESTÁGIOS EM QUE O PACIENTE CIRÚRGICO PASSA
I. Fonte Central O próprio paciente	Observação	<p>1. <u>Em casa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- história da patologia</li> <li>- conhecimento de sua situação</li> <li>- sentimentos, emoções e comportamentos</li> <li>- atividades</li> <li>- alterações ocorridas devido à necessidade de cirurgia</li> <li>- ajuda</li> <li>- auto-conceito</li> </ul>
II. Fontes Paralelas	Entrevistas semi-estruturadas	<p>2. <u>Dia anterior à cirurgia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimentos, emoções e comportamentos</li> <li>- a vinda para o hospital e sua adaptação</li> <li>- conhecimento da situação</li> <li>- fatores de tranquilidade e ajuda</li> <li>- o preparo para a cirurgia</li> </ul>
2.1 - Família 2.2 - Prontuário 2.3 - Equipe de Saúde 2.4 - Amigos 2.5 - Outros	Entrevistas não-estruturadas	<p>3. <u>Dia da Cirurgia:</u></p> <p>3.1 - <u>Antes da cirurgia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimentos e pensamentos</li> <li>- a noite</li> <li>- a chegada da maca e a ida para o Centro Cirúrgico</li> <li>- ajuda</li> </ul> <p>3.2 - <u>No Centro Cirúrgico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimentos, pensamentos e atitudes</li> <li>- preparativos imediatos para a cirurgia</li> <li>- ajuda</li> </ul> <p>3.3 - <u>Após a cirurgia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentimentos, emoções e atitudes</li> <li>- o desconforto físico</li> <li>- o acordar da anestesia</li> <li>- ajuda</li> </ul>
Participação na experiência como supervisora de estágio de alunos da graduação	Participação na experiência dando assistência direta ao paciente.	<p>4: <u>Dias subsequentes à cirurgia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a evolução</li> <li>- sentimentos, emoções, comportamentos, reações</li> <li>- relacionamentos (família, colegas de quarto, equipe de saúde)</li> <li>- preocupações e dificuldades</li> <li>- ocupação do tempo</li> <li>- expectativa da alta</li> <li>- ajuda</li> </ul>

Consulta à Documentos	<p>5. <u>Outros aspectos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>5:1 - Significado pessoal da experiência vivida:<ul style="list-style-type: none"><li>5.1.1 - Percepção do hospital, doença e cirurgia;</li><li>5.1.2 - Percepção da vida e da morte.</li></ul></li><li>5.2 - Deus e religião - sua influência na experiência vivida.</li><li>5.3 - Características gerais: sexo, idade, estado civil, número de filhos, residência, nível educacional, profissão, situação econômica, antecedentes étnicos, patologia, cirurgia, tipo de internação, religião, instituto através do qual internou.</li></ul>
-----------------------	---

## CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES QUE INTEGRAM O PRIMEIRO GRUPO

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS	NÍVEL EDUCACIONAL	SITUAÇÃO ECONÔMICA	RELIGIÃO	ANTECEDENTES ÉTNICOS	Ocupação	PATOLOGIA	CIRURGIA
Fátima	27	Amasiada	Não Tem	4a. Série do 1º grau	Baixa	Católica	Italiana, Alemã e Índia	Do lar	Cisto Ovariano	Ooforoplastia
Luiz	28	Casado	2	3a. série do 1º grau	Média/baixa	Católico	"Brasileiro"	Caminhoneiro	Hérnia Inguinal esquerda	Hernioplastia
Eliana	35	Casada	3	4a. série do 1º grau	Média	Católica	"Brasileira"	Costureira	Desvio do Septo Nasal	Septoplastia
Paulo	51	Casado	2	2a. série do 1º grau	Média	Católico	Português e Espanhol	Conserto de Eletrodômicos	Hérnia Incisional Abdominal	Hernioplastia
Manoel	65	Casado	6	4a. série do 1º grau	Média	Católico	"Brasileiro"	Aposentado	Hérnia Inguinal direita	Hernioplastia
Marlene	36	Viúva	1	Alfabetizada	Média	Católica	Italiana	Do lar	Cisto de Ovário	Ooforectomia
Marina	40	Casada	6	3a. série do 1º grau	Média	Assembléia de Deus	Brasileira e Italiana	Servente	Tumor Uterino	Histerectomia
Aparecida	45	Desquitada	4	1º grau?	Média	Católica	Alemão, Italiana e Índia	Do lar	Relaxamento dos Músculos Pélvicos	Colpoperíneoplastia
Dalva	52	Casada	4	2a. série do 1º grau	Baixa	Católica	"Brasileira"	Do lar	Prolapso Genital Total	Histerectomia
Tereza	25	Casada	3	4a. série do 1º grau	Média	Católica	Polonesa	Camareira	Cisto de Ovário	Ooforoplastia
Ana	47	Casada	6	1a. série do 1º grau	Média	Católica	Brasileira e Alemã	Costureira	Prolapso Uterino - III Grau	Amputação do colpoperíneoplastia
Oscar	73	Casado	9	3 meses de aula	Média	Católico	Italiano	Pedreiro	Hidrocele Bilateral	Correção cirúrgica de Hidrocele

NOTA: Os pacientes foram caracterizados de acordo com sua própria opinião e informação.

## CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DO SEGUNDO GRUPO

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS	NÍVEL EDUCACIONAL	SITUAÇÃO ECONÔMICA	RELIGIÃO	ANTECEDENTES ÉTNICOS	Ocupação	PAATOLOGIA	CIRURGIA
Marisa	21	Casada	não tem	2º grau incompleto	Média	Católica	"Brasileira"	Escriturária	Cálculo Uretral esquerdo	Ureterolitomia
Lauro	43	Casado	6	3a. série do 1º grau	Média	Católico	"Brasileiro"	Pedreiro	Substenose de Boca Anostomose tomática após gastrectomia	Gastroentero-anastomose
Antônio	33	Casado	2	1º grau?	Média/Baixa	Católico	"Brasileiro"	Pedreiro	Úlcera Gástrica	Gastrectomia
Silvia	47	Casada	4	3 meses de aula	Baixa	Crente	Brasileira e Índio	Servente	Colecistite Calcúlosa	Colecistectomia e Coledocotomia
Sandra	43	Solteira	não tem	6a. série do 1º grau	Média/baixa	Católica	Alemã e Portuguesa	Camareira	Úlcera Sêptica	Gastrectomia
Pedro	27	Casado	1	4a. série do 1º grau	Média/baixa	Católico	"Brasileiro"	Operário	Cálculo de Cálculo de Infecção	Nefrolitotomia Direita
José	48	Casado	6	Alfabetizado	Baixa	Católico	"Brasileiro"	Biscateiro	Úlcera Péptica	Gastrectomia
Sueli	21	Solteira	não tem	4a. série do 1º grau	Média	Católica	Italiana	Costureira	Púrpura	Esplenectomia
Maria	45	Casada	10	5a. série do 1º grau	Média	Crente Afastada	Italiana e Caboclo	Costureira	Colecistite Calcúlosa	Colecistectomia

NOTA: Os pacientes foram caracterizados de acordo com sua própria opinião e informação.

## CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DO TERCEIRO GRUPO

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	NÚMERO FILHOS	NÍVEL EDUCACIONAL	SITUAÇÃO ECONÔMICA	RELIGIÃO	ANTECEDENTES ÉTNICOS	OCCUPAÇÃO	PAATOLOGIA	CIRURGIA
Marli	45	Casada	4	8a. série do 1º grau	Média	Católica	"Brasileira"	Doceira	Prolapso Genital - Grau I	Colpopereoplastia e amputação de colo
Marcos	36	Solteiro	não tem	3º grau completo	Média/Alta	Católico	Italiano	Repórter	Fístula Perirretal	Fistulatomia
Miriam	49	Casada	3	1a. série do 1º grau	Média/Alta	Católica	Italiana	Do lar	Síndrome Pós-Flebite	Cura cirúrgica de Síndrome Pós-Flebite
Maurício	53	Casado	4	8a. série do 1º grau	Média/Alta	Católico	Alemã	Representante	Hemorróidas	Hemorroidectomia
Clara	57	Casada	3	8a. série do 1º grau	Média/Alta	Católica	Alemã	Secretária	Cisto de Ovário	Histerectomia e Anexectomia
Carlos	60	Casado	13	2a. série do 1º grau	Média	Católico	"Brasileiro"	Motorista	Estenose Uretral	Uretrotomia Interna
Tânia	45	Casada	3	3º grau ?	Média/Alta	Católica	Alemã	Professora	Colecistite Calculosa	Colecistectomia e colodocotomia
Leila	48	Casada	2	Alfabetizada	Média	Católica	"Brasileira"	Comerciária	Colecistite Aguda	Coledocostomia e Colecistectomia
Elcio	44	Casado	3	1º grau ?	Média	Católico	"Brasileiro"	Mecânico	Fístula Anorectal	Fistulectomia
Francisco	70	Casado	4	4a. série do 1º grau	Média/Alta	Católico	"Brasileiro"	Eletrecista	Hipertrofia de Próstata	Ressensão Endoscópica de Próstata

NOTA: Os pacientes foram caracterizados de acordo com sua própria opinião e informação.



PLANTA FÍSICA ESQUEMÁTICA DAS UNIDADES DE  
ENFERMAGEM ONDE FOI REALIZADO O ESTUDO

FUNDOS

12	11	10	09	Depósito e Sala de lanches funcion.	COPA	ELEVADORES	SALA DE UTILIDADE DES.	01	02	03
				ESCADAS						
					HALL	ELEVADOR	MONTA CARGA			
						ELEVADOR				
13	14	15	08	ROUPA RIA	HALL DE ESPERA	SALA DE CURATIVOS	07	06	05	04

FRENTE  
(AVENIDA)